

ARTÍCULOS ORIGINALES

Caracterización de la vulvovaginitis prepúberal en una comunidad urbana

Gabriel Barbosa*
María Rosa Olguit**

Resumen

Objetivos. Describir los patógenos aislados en una población de niñas prepúberes con diagnóstico de vulvovaginitis, que consultaron a una Unidad de Ginecología Pediátrica en Santiago de Chile.

Métodos. Se hizo una revisión retrospectiva de las fichas clínicas de las niñas con vulvovaginitis como primero o segundo diagnóstico, desde el 1° enero de 2004 al 31 de agosto de 2005.

Resultados. El número de consultas fue de 2235; pacientes nuevas: 699; incidencia global de consulta por secreción vaginal: 39%; 54% eran de prepúberes, de las cuales, 78% correspondieron a vulvovaginitis inespecíficas y 22% a específicas. Los microorganismos patógenos aislados fueron: *Staphylococcus aureus*, 25%; *Enterobius vermicularis*, 21,9%; *Candida albicans*, 18%; *Streptococcus*, grupo A, 12,5%; *Neisseria gonorrhoeae*, 6,3%; *Haemophilus influenzae*, 6,3%; virus del papiloma humano, 3,1%; *Gardnerella vaginalis*, 3,1%, y *Streptococcus pneumoniae*, 3,1%.

Conclusión. La vulvovaginitis inespecífica fue el principal diagnóstico ginecológico en pacientes prepúberes. Los casos específicos fueron principalmente debidos a *S. aureus*, seguido por *E. vermicularis*. *C. albicans* es una causa poco frecuente de vulvovaginitis en pacientes prepúberes y se describe asociada a factores de riesgo.

Palabras clave: vulvovaginitis, pubertad, pediatría, ginecología, leucorrea.

Abstract

Aims. To describe the isolated pathogens in a population of prepuberal girls with diagnosis

* Profesor de ginecoobstetricia y ginecólogo infanto-juvenil, Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital Universitario San Ignacio, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, D.C., Colombia.

** Profesor de pediatría y fellow IFEPAG, Servicio de Pediatría, Complejo Hospitalario San Borja Arriarán, Facultad de Medicina, Universidad de Santiago, Chile.

of vulvovaginitis who consulted a Pediatric Gynecology Unit in Santiago, Chile.

Methods. Retrospective chart review of girls who presented with vulvovaginitis as chief complaint or as second diagnosis, from January 1st, 2004, to August 31st, 2005.

Results. Total consultations: 2,235; global incidence of vulvovaginitis: 39%, of those 54% were prepuberal, of those 78% were unspecific vulvovaginitis and 22% specific. Isolated specific microorganisms: *Staphylococcus aureus* 25%, *Enterobius vermicularis* 21,9%, *Candida albicans* 18%, group A *Streptococcus* 12,5%, *Neisseria gonorrhoeae* 6,3%, *Hemophilus influenzae* 6,3%, human papiloma virus, 1,3%, *Gardnerella vaginalis*, 3,1%, and *Streptococcus pneumoniae*, 3,1%.

Conclusion. Unspecific vulvovaginitis was the single chief diagnosis in prepuberal patients. Specific cases were mainly due to *S. aureus*, followed by *E. vermicularis*. *C. albicans* is a rare cause of vulvovaginitis in otherwise healthy prepuberal girls, and is always associated to risk factors.

Key words: prepuberal vulvovaginitis, pediatric gynecology, vaginal discharge, puberty child, vulvar disease.

Introducción

La vulvovaginitis se ha mantenido como el motivo de consulta ginecológico encontrado con mayor frecuencia en la paciente prepúber. Su causa es multifactorial, asociada a factores ambientales, anatómicos o secundarios al hipoestrogenismo propio de la edad[1-4].

Entre los factores ambientales se describe la ropa apretada y sintética,

el uso de jabones, la higiene deficiente, la autoexploración de los genitales, las enfermedades previas o concomitantes y el uso frecuente de antibioterapia de amplio espectro; se asocia con factores anatómicos como la distancia corta entre la vagina y el ano, la piel delicada y sensible, y la ausencia de vello púbico; hay factores derivados del hipoestrogenismo, como labios menores y epitelio vaginal atróficos, himen delgado y ausencia de lactobacilos, lo que provoca un pH vaginal alcalino[1]. Raras veces ésta puede ser la única manifestación del abuso sexual o de la presencia de cuerpos extraños[1-4].

En la paciente prepúber los niveles de estrógenos disminuyen progresivamente hasta los 2 años de edad, aproximadamente[5]. Desde los 3 y hasta los 8 ó 9 años de edad alcanzan su nivel más bajo, lo que se manifiesta con genitales cada vez más atróficos, con un aspecto muy diferente a los de la recién nacida o de la adolescente. La vagina está constituida, principalmente, por epitelio cilíndrico y el pH es alcalino. El sangrado genital no es un hallazgo normal a esta edad, ni la colonización por candida[5]. La vagina de la prepúber, en su estado hipoestrogénico y alcalino (pH 6,0 a 7,5), es muy susceptible al crecimiento bacteriano exagerado. Su proximidad con el ano y la dificultad para realizar una higiene apropiada hacen que las bacterias entéricas sean

un hallazgo muy común en la vulvovaginitis inespecífica en la prepúber[4].

Su incidencia real se desconoce, aunque este diagnóstico se encuentra reportado hasta en 48 a 55% de las niñas prepúberes que consultan a una unidad de ginecología infantil[2, 3]. A pesar de la alta incidencia, su diagnóstico específico y su tratamiento no son fáciles de instaurar, debido a que la flora normal de la prepúber tampoco se encuentra bien definida[4, 6].

El objetivo de este trabajo fue caracterizar y clasificar la vulvovaginitis prepuberal en nuestra población, de acuerdo con su agente etiológico específico.

Materiales y métodos

Se llevó a cabo un estudio descriptivo de los casos atendidos entre el 1° de enero de 2004 y el 31 de agosto de 2005 en la Unidad de Ginecología Pediátrica del Complejo Hospitalario San Borja Arriarán, en el cual se atienden todas las pacientes menores de 15 años derivadas de los consultorios de atención primaria del área, del centro de diagnóstico terapéutico y del servicio de urgencia infantil del complejo. El Complejo Hospitalario San Borja Arriarán es un hospital público, sede del campus de la Escuela de Medicina de la Universidad de Chile, con una

población asignada de 950.000 personas, aproximadamente, que abarca diferentes comunas del centro y sur de Santiago, y en donde se atienden, aproximadamente, 1.500 consultas ginecológicas pediátricas al año.

Se hizo una revisión retrospectiva de todas las fichas clínicas de las pacientes atendidas en la consulta externa de ginecología pediátrica durante el periodo de estudio. Debido a la mayor importancia de la influencia hormonal en el desarrollo de vulvovaginitis, se incluyeron sólo las pacientes que eran prepúberes en el momento de la consulta, es decir, que la selección no se hizo según la edad, sino según el estadio puberal y se incluyeron solamente a las pacientes en estadio Tanner 1. Se identificaron todas las pacientes prepúberes con secreción vaginal y se describieron los gérmenes patógenos aislados en el cultivo de secreción vaginal y en el estudio parasitológico.

A todas las pacientes que consultan por secreción vaginal o se les investiga por esto, en el momento del examen físico se les practica rutinariamente una toma de muestra vaginal para tinción de Gram, previo consentimiento materno, y cultivo corriente, de hongos y gonococo, y examen directo para búsqueda de tricomonas. La toma de muestra se hace mediante un hisopo o tórula uretral humedecida en solución salina

normal; las muestras se envían al laboratorio de microbiología en medio de transporte Stuart y la siembra se realiza en agar sangre, agar chocolate, agar Sabureaud y Thayer Martin. Además, se hace un extendido en portaobjetos para tinción de Gram. Se solicita examen parasitológico y test de Gram.

Resultados

Se analizaron 2.235 fichas clínicas, de las cuales, 699 (31,3%) correspondían a pacientes de primera consulta en la unidad. La incidencia global de secreción vaginal en nuestra cohorte fue de 282 (40,3%); de éstas, 152 (54%) se presentaron en pacientes prepúberes. El rango de edad fue de 3 años y 8 meses a 8 años y 4 meses, de las cuales, 78% fueron vulvovaginitis de etiología inespecífica y 22% específica.

De los casos de vulvovaginitis específica, los patógenos aislados fueron: *Staphylococcus aureus*, 25%; *Enterobius vermicularis*, 21,9%; *Candida albicans*, 18%; *Streptococcus*, grupo A, 12,5%; *Neisseria gonorrhoeae*, 6,3%; *Haemophilus influenzae*, 6,3%; virus del papiloma humano, 3,1%; *Gardnerella vaginalis*, 3,1%, y *Streptococcus pneumoniae*, 3,1% (tabla 1).

De las 6 pacientes en quienes se aisló *C. albicans*, 3 eran portadoras de diabetes mellitus tipo 1, 2 habían sido tratadas recientemente con antibióticos de amplio espectro por patología respiratoria y 1 era positiva para VIH.

Discusión

Al igual que la mayoría de investigadores[2, 3, 7, 8] encontramos que la

Tabla 1
Distribución de la vulvovaginitis específica

| Germen aislado | Vulvovaginitis específica N (%) n=32 | Total N (%) (n=152) |
|--------------------------------|--|---------------------------|
| <i>Staphylococcus aureus</i> | 8 (25) | 8 (5,2) |
| <i>Enterobius vermicularis</i> | 7 (21) | 7 (4,6) |
| <i>Candida albicans</i> | 6 (18) | 6 (3,9) |
| <i>Streptococcus</i> , grupo A | 4 (12,5) | 4 (2,6) |
| <i>Neisseria gonorrhoeae</i> | 2 (6,2) | 2 (1,3) |
| <i>Haemophilus influenzae</i> | 2 (6,2) | 2 (1,3) |
| VPH, condiloma | 1 (3,1) | 1 (0,6) |
| <i>Gardnerella vaginalis</i> | 1 (3,1) | 1 (0,6) |

VPH: virus del papiloma humano.

vulvovaginitis ocupa el primer lugar como motivo de consulta en la paciente prepúber, con una incidencia global mayor de 50% de las consultas en este grupo etario.

Se acepta la clasificación, según el agente etiológico, como vulvovaginitis específica cuando existe un germen causal claramente identificable, e inespecífica, en ausencia de éste; éstas últimas son las más frecuentes y alcanzan en algunas series[9, 10] hasta el 85% de la incidencia, lo cual coincide con la alta proporción (78%) encontrada en el presente estudio.

Llama la atención la alta prevalencia de *S. aureus* y de *Streptococcus* del grupo A (tabla 1) en nuestra serie, al compararla con los resultados de otros estudios más antiguos[11], en los cuales la mayor incidencia era de *H. Influenzae*. Una posible explicación a estos hallazgos es la introducción en 1988 de la vacuna de oligosacárido conjugado de *Haemophilus b* (HbOC) [12, 13].

E. vermicularis, si bien representó un porcentaje importante de los patógenos asociados a las vulvovaginitis específicas, se aisló solamente en 4,6% del total de las pacientes prepúberes que consultaron por vulvovaginitis, porcentaje similar al hallado en otros estudios internacionales[6], lo que contrasta con la clásica asociación.

C. albicans fue un hallazgo mucho más frecuente de lo descrito previamente[4, 5, 11] asociado a vulvovaginitis específica; posiblemente esto se deba a que las pacientes fueron atendidas en una unidad especializada de un hospital de alto nivel de complejidad y no en atención primaria de salud; sin embargo, al igual que *E. vermicularis*, representa un porcentaje bajo (3,9%) del total de las pacientes prepúberes que consultaron por vulvovaginitis. Nuestros hallazgos sugieren que, en la paciente prepúber, *C. albicans* se asocia a factores predisponentes, como el uso reciente de antibioticoterapia de amplio espectro, y obliga a investigar patología asociada, principalmente, diabetes mellitus tipo 1, infección por VIH u otra inmunodeficiencia, dada la falta de condiciones propicias para su desarrollo en la vagina prepúber, como es el pH alcalino y el hipoestrogenismo.

Una debilidad de este trabajo fue el no disponer de TAAN (Test de Amplificación de Ácidos Nucleicos); es así que el diagnóstico de VPH se realizó por la observación macroscópica de condilomas en la región perineovaginal en una niña de 5 años 3 meses, que tuvo una remisión espontánea a los 15 días y en quien no se pudo determinar la fuente de contagio, y que aún se mantiene en control en la Unidad de Salud Mental del Complejo Hospitalario San Borja

Arriarán, sin que hasta el momento se hayan detectado indicadores de abuso sexual. Sabemos que la presencia de VPH es sospechoso, pero no es diagnóstico de infección por transmisión sexual, ya que también se puede transmitir por fómites o en forma vertical, particularmente, en pacientes menores de 2 años.

El aislamiento de *N. gonorrhoeae* confirma el diagnóstico de infección de transmisión sexual y, por ende, de abuso sexual en la paciente prepúber. En nuestro estudio evaluamos dos pacientes, una de 5 años 6 meses y la otra de 5 años 8 meses; en ambas se confirmó abuso sexual intrafamiliar. El abusador en el primer caso fue un hermano adolescente drogadicto de 16 años de edad y, en el segundo caso, su abuelo materno de 45 años, también drogadicto. Se hizo la denuncia médico-legal correspondiente y la etapa de reparación y seguimiento en centros especializados del Servicio Nacional de Menores. Se indicó tratamiento profiláctico para *Chlamydia*, dada la imposibilidad de disponer de técnicas para su detección al momento de realizar el estudio.

Conclusión

La secreción vaginal es una de las causas más frecuentes de consulta en las unidades de ginecología pediátrica, tanto en la paciente prepúber como en

la adolescente. Sabemos que puede ser una manifestación fisiológica en los dos extremos de la edad pediátrica; sin embargo, siempre es patológica en la paciente prepúber, favorecida por factores predisponentes propios de la edad[14].

En la Unidad de Ginecología Pediátrica del Complejo Hospitalario San Borja Arriarán representó el 39% de todas las consultas nuevas, con una distribución de 54% en prepúberes y 46% en púberes.

Como sabemos, la microbiología vaginal de la niña prepúber no ha sido bien establecida, por lo que se ha definido como vulvovaginitis específica el aislamiento de gérmenes de conocida patogenicidad y como vulvovaginitis inespecíficas, la ausencia de ellos. En estudios anteriores se ha sugerido la antibioticoterapia sólo en las vulvovaginitis específicas, asociada a la modificación de factores ambientales, recomendación que se mantiene en la actualidad. Es importante destacar que la presencia de *C. albicans* se manifiesta clínicamente con signos y síntomas muy floridos, asociada siempre a factores predisponentes, dada la falta de condiciones propicias para su desarrollo en la vagina prepúber normal.

Un sesgo en nuestra investigación fue no disponer de TAAN; sin embargo, en el 100% de las pacientes se

observó una remisión de los signos y síntomas al modificar los factores ambientales predisponentes en las vulvovaginitis inespecíficas y al asociarlo a la antibioticoterapia específica cuando se aislaron gérmenes de conocida patogenicidad o a la terapia antiparasitaria en los casos de oxiuriasis. Es importante destacar la remisión espontánea en la paciente portadora de VPH.

Pese a que la vulvovaginitis continúa siendo el principal motivo de consulta en las unidades de ginecología pediátrica y adolescente, y a que genera mucha angustia en el grupo fa-

miliar por la creciente asociación con abuso sexual, es notable la falta de protocolos clínicos controlados desarrollados en nuestro medio, que nos orienten sobre la microbiología y los aspectos clínicos propios de esta enfermedad, probablemente, por el costo económico que implica completar los estudios con TAAN y por la dificultad de obtener la autorización para la toma de muestras intravaginales en niñas prepúberes sanas.

Conflicto de intereses

Ninguno declarado.

Bibliografía

1. Cuadros J, Mazón A, *et al.* *The aetiology of paediatric inflammatory vulvovaginitis.* Eur J Pediatr 2004; 163: 105-7.
2. Fischer G, Rogers M. *Vulvar disease in children: a clinical audit of 130 cases.* Pediatr Dermatol 2000; 17: 1-6.
3. Paradise JE, Campos JM, *et al.* *Vulvovaginitis in premenarcheal girls: clinical features in diagnostic evaluation.* 1982; 70: 193-8.
4. Stricker T, Navratil F, Sennhauser FH. *Vulvovaginitis in prepubertal girls.* Arch Dis Child. 2003; 88: 324-6.
5. Kass JH, Wilson EE. *Pediatric gynecology: assessment strategies and common problems.* Semin Reprod Med 2003; 21: 329-38.
6. Jaquier A, Stylioupolous A, Hogg G, Grover S. *Vulvovaginitis: clinical features, aetiology and microbiology of genital tract.* Arch Dis Child 1999; 81: 64-7.
7. García C, Carvalho N, Fernández M. *Allergic vulvovaginitis in infancy: study of a case.* Allergol et Immunopathol 2001; 29: 137-40.
8. Lugones M, Calzada M. *La atención ginecológica a la niña. Una realidad en nuestra especialidad.* Rev Cubana Obstet Ginecol 2002; 28: 58-63.
9. Nair S, Schoeneman MJ. *Acute glomerulonephritis with group A streptococcal vulvovaginitis.* Clin Pediatr (Philadelphia) 2000; 39: 721-2.
10. Cox RA, Slack MPE. *Clinical and microbiological features of Haemophilus influenzae vulvovaginitis in young girls.* J Clin Pathol 2002; 55: 961-4.

11. Pierce AM, Hart CA. *Vulvovaginitis: causes and management*. Arch Dis Child. 1992; 67: 509-12.
12. Ward JJ, Zangwill KM. *Haemophilus influenzae* vaccines. En: Plotkin SA, Orenstein WA, eds. *Vaccines*. Philadelphia: W.B. Saunders Company; 1999; 183-221.
13. Joishy M, Sandeep C, Jain A, et al. *Do we need to treat vulvovaginitis in prepubertal girls?* BMJ 2005; 330: 186-8.
14. Barbosa G, Sánchez P. *Vulvovaginitis bacteriana en la prepúber*. Rev Chil Obstet Ginecol 2005; 70: 99-102.