Documentos

VULVOVAGINITIS BACTERIANA EN LA PREPÚBER

Gabriel Barbosa R.^{1,2}, Paola Sánchez D.³

¹Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral del Adolescente (CEMERA), Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago de Chile. ²Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital Universitario de San Ignacio, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. ³Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.

RESUMEN

Considerando la alta incidencia de vulvovaginitis en la consulta de ginecología pediátrica y de adolescentes, y los aspectos únicos de la microbiología y endocrinología de la paciente prepúber se presenta una revisión de la literatura con lo más relevante de los últimos 5 años, en lo que se refiere a epidemiología, etiología, diagnóstico y tratamiento de la vulvovaginitis bacteriana específica de la niña prepúber. No existe claridad acerca de la microflora vaginal normal, lo cual dificulta en gran medida la interpretación de muestras. De acuerdo con la evidencia actual podemos decir que ante la vulvovaginitis específica de la prepúber debemos tener en consideración como principales agentes causales: patógenos respiratorios, epidérmicos y entéricos; higiene defectuosa, cuerpos extraños, irritantes, enfermedades dermatológicas vulvares, defectos anatómicos y abuso sexual. *Streptococcus hemolítico* del grupo A y *Haemophilus influenzae* son patógenos prevalentes.

PALABRAS CLAVE: *Vulvovaginitis, prepúber, bacterias vaginales*

SUMMARY

Having into account the high frequency of vulvovaginitis in the pediatric and adolescent gynecology setting and the unique aspects of the microbiology and endocrinology of the pre pubertal patient, we present a review of the most relevant aspects in the last 5 years, concerning epidemiology, etiology, diagnosis and treatment of specific bacterial vulvovaginitis in the pre pubertal girl. There's no consensus regarding the normal vaginal microflora, which makes difficult the interpretation of swabs. According to actual evidence we could say that in approaching prepubertal vulvovaginitis we must consider as main etiologic agents: respiratory, enteric and epidermic pathogens; deficient hygiene, foreign bodies, irritants, vulvar dermatologic diseases, anatomical abnormalities and sexual abuse. Group A - *hemolytic Streptococcus* and *Haemophilus influenzae* are prevalent pathogens.

KEY WORDS: *Vulvovaginitis, prepubertal, vaginal bacteria*

INTRODUCCIÓN

Habitualmente se utilizan indistintamente los términos *vaginitis*, *vaginosis*, *vulvitis* y *vulvovaginitis* (VV) para describir los procesos inflamatorios

de los genitales externos (1), independientemente de su localización precisa y etiología. Desde el punto de vista práctico es preferible limitar el uso del término *vaginosis* a las infecciones de etiología bacteriana, que incluyan predominio de

Gardnerella vaginalis (2), así como hacer distinción precisa al referirse a las zonas anatómicas afectadas, tal como lo describen correctamente los términos mencionados arriba.

El objetivo de esta revisión es la alta incidencia de la enfermedad. Abordaremos en ésta revisión los principales agentes etiológicos bacterianos específicos, su epidemiología actual, diagnóstico, tratamiento y perspectivas futuras, sin profundizar en las causas inespecíficas o por abuso sexual.

METODOLOGÍA

Efectuamos la búsqueda en Internet en las bases de datos Medline, PubMed, LILACS y Google, cruzando los términos en inglés y español: Vaginitis, vaginosis, vulvovaginitis, leucorrea, bacteriana y prepúber. Se establecieron límites a la literatura exclusivamente de los últimos 5 años, sexo femenino y edad de 0 a 18 años, en idioma inglés o castellano, pero se tuvieron en cuenta únicamente los artículos pertinentes a la edad de interés. De la lista que arrojó la búsqueda, se obtuvieron los abstracts y se limitó la fuente, basándonos en la pertinencia y calidad de las publicaciones de acuerdo con la metodología utilizada, objetivos específicos y similitud de grupo etario y poblacional, entre otros, buscando un enfoque hacia países en industrialización.

EPIDEMIOLOGÍA

La VV es el principal motivo de consulta ginecológica tanto en niñas prepúber como en adolescentes, alcanzando una frecuencia de más del 50% de las consultas (3). Tiene una mayor incidencia entre los 6 y los 9 años de edad (4, 5). Lugones y Calzada (5) encontraron éste motivo de consulta en 71% de su cohorte de pacientes entre 0 y 10 años, seguida con mucho menor incidencia, por el dolor pélvico, los trastornos de la pubertad y la adherencia labial entre otras. Es ampliamente aceptada la clasificación según el agente etiológico en específicas cuando existe un germen causal claramente identificable, e inespecíficas (2), siendo estas últimas las más frecuentes (85%) (6), causadas por gérmenes saprofitos vaginales, que por disrupción de la homeostasis normal causan sintomatología y enfermedad polimicrobiana inespecífica (7). En la Tabla I presentamos los agentes etiológicos más frecuentes y su origen.

Distinto a lo que ocurre con la adolescente, la disrupción en la homeostasis vaginal de la prepúber no produce un desequilibrio patológico a ex-

pensas de *G. vaginalis* (8), sino que con mayor frecuencia su etiología es de origen respiratoria, entérica o de transmisión sexual, como en los casos de abuso (Tabla I), y en ocasiones por agentes más raros como *Shigella* (9), *Yersinia* (10) y *Candida* (11, 12). *Candida albicans* siendo un hongo, no es objeto de la presente revisión, sin embargo, merece mencionarse que éste cumple un rol controversial como agente causal de VV en la prepúber, en algunas cohortes se ha encontrado en niñas asintomáticas. Stricker *et al* (13) no aislaron *Candida* en ninguna de las pacientes de su serie, mientras que en otras cohortes (5) se ha aislado hasta en 23,3% de las evaluadas.

FISIOPATOLOGÍA

Debe hacerse distinción entre la VV pediátrica, juvenil y adulta, siendo que sus características epidemiológicas, fisiopatológicas y etiológicas son muy diferentes (2). En la paciente prepúber los niveles de estrógenos disminuyen progresivamente hasta aproximadamente los 2 años de edad (14). Entre los 3 y hasta los 8 ó 9 años de edad los niveles estrogénicos alcanzan su nivel más bajo y el aspecto de los genitales externos es muy diferente al de la recién nacida o la adolescente. Los tejidos genitales son cada vez más atroficos. 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 *Cándida*, debido a los bajos niveles estrogénicos, y en el caso de presentarse debe hacer sospechar patologías concomitantes como diabetes juvenil y estados de inmunosupresión (14). La vagina de la prepúber en su estado anestrogénico y alcalino (pH 6,0-7,5) es muy susceptible al sobrecrecimiento bacteriano. Su proximidad con el ano y la dificultad para realizar una higiene apropiada deriva en que las bacterias entéricas sean la etiología más común de VV inespecífica en la prepúber (15). Como principales factores de riesgo están claramente implicados el déficit o exceso de higiene, la aplicación local de irritantes, ropa interior de materiales sintéticos, infecciones por oxiuros, la ausencia de vello púbico, limpiado de atrás hacia delante, labios menores pequeños, cuerpos extraños, enfermedades dermatológicas, abuso sexual, trastornos psicopáticos o neuróticos y juegos de reconocimiento propios de esta edad como la masturbación (1, 2, 14, 15).

Microflora normal y patológica de la niña prepúber. Aún cuando no existen suficientes estudios con metodología óptima al respecto, parece

claro que el microambiente único de la vagina prepúber le confiere una flora bacteriana propia, de bajo inóculo y en vulnerable equilibrio interdependiente. Los microbios más frecuentemente aislados son: *Corynebacterium* spp., *Diptheroides*, *Staphylococcus coagulasa* negativo, *Streptococcus viridans*, *Enterobacteriaceae* (Ej: *E. coli*) y *Streptococcus* grupo D (2). La evidencia con la que contamos actualmente nos sugiere que es posible cultivar simultáneamente bacterias aerobias, así como anaerobias de frotis vaginales en niñas asintomáticas hasta en 45% de los casos, siendo las especies más prevalentes *Staphylococcus epidermidis*, *enterococos*, *Streptococcus viridans* y *lactobacilos* (1).

Con frecuencia se reportan gérmenes que no son clásicamente considerados de transmisión sexual, pero sí patógenos en la prepúber, a saber: *Streptococcus hemolítico* del grupo A, *Haemophilus influenzae*, *Staphylococcus aureus*, *Moraxella catarrhalis*, *Streptococcus pneumoniae*, *Neisseria meningitidis*, *Shigella*, y *Yersinia enterocolitica* (13). Desde el punto de vista etiopatológico, el origen de la VV específica es frecuentemente respiratorio, entérico y con menos frecuencia sexualmente transmitido (14). Cuadros *et al* (16), reportaron como principales patógenos etiológicos de la VV pediátrica *Haemophilus* spp (16,2%) y *Streptococcus pyogenes* (β hemolítico del grupo A) (63,5%), el factor de riesgo más común en su adquisición es el antecedente de infección de vías respiratorias superiores en el último mes (17) y en segundo lugar infecciones de la piel (1); Stricker *et al* (13), coinciden con los anteriores hallazgos, evidenciando respectivamente la presencia en 21,2% y 8,7% de su cohorte, con VV diagnosticada. Con respecto a *Haemophilus* el más frecuente es el biotipo II (7). La incidencia de *Streptococcus pyogenes* varía de 8% a 63,5%. Se encuentra con menor frecuencia la presencia de *Klebsiella pneumoniae*, *Shigella flexneri* y *Staphylococcus aureus*, siendo la presencia de éste último cuestionable como agente patógeno (1). *Shigella flexneri* tiene el potencial de causar VV, aun cuando ésta no es la cepa más prevalente en la mayoría del mundo (9), a nivel de Sur América puede cobrar mayor importancia, dado que algunas de nuestras regiones son endémicas.

Otras causas de VV más infrecuentes pero no menos importantes que hay que tener en cuenta, son *Enterobius vermicularis*, abuso sexual, enfermedades de transmisión sexual, cuerpos extraños, liquen escleroso, pólipos y tumores como el Botrioides (1, 12).

ASPECTOS CLÍNICOS

El diagnóstico de VV inespecífica se intuye clínicamente, y para llegar al agente etiológico, es necesario aislarlo y de esta manera establecer el diagnóstico específico. En general, la VV se manifiesta con leucorrea, eritema, prurito, dolor, disuria y sangrado genital. La leucorrea y el eritema son signos prevalentes, reportados en 62-92% y 30-82% de los casos respectivamente (1, 13, 18). Dependiendo de su etiología y la sintomatología, el tratamiento es variable, en la Tabla II se presentan los aspectos más importantes de la patología.

CONCLUSIONES

De acuerdo con la evidencia actual podemos decir que ante la VV específica de la prepúber, debemos tener en consideración como principales agentes causales: patógenos respiratorios, epidérmicos, entéricos, la higiene defectuosa, los cuerpos extraños, irritantes, enfermedades dermatológicas vulvares, defectos anatómicos y abuso sexual, así como también recordar las vastas diferencias entre el microambiente biológico y hormonal que distingue a la prepúber de sus pares mayores y menores.

El conocimiento actual e imperfecto acerca de la microbiología vaginal a esta edad, dificulta el discernimiento entre microflora y gérmenes patógenos, hace prudente recomendar que el uso de antibióticos específicos sea reservado para pacientes sintomáticas, en quienes por medio de toma de muestra y estudio microbiológico sea posible aislar un germen predominante como probable agente causal de la enfermedad. La alta incidencia reportada de VV por *Haemophilus* (7, 16) hace que la vacunación (Hib) cobre una mayor importancia. Debemos tener en cuenta que la VV tiene el potencial de desarrollar complicaciones y secuelas importantes, en especial cuando el agente etiológico es estreptococo betahemolítico del grupo A, estando descritas glomerulonefritis postestreptocócicas (6) y enfermedad estreptocócica perineal (17), entre otras. En el caso de VV específicas por gérmenes de origen respiratorio o epidérmico, debe asumirse una conducta prudente pero suspicaz, fundamentada en el hecho que con frecuencia el abuso sexual infantil es inicialmente perpetrado a través de avances dígito-genitales, u oro-genitales (15), siendo entonces, una de sus primeras manifestaciones la VV. De manera inversa, existen evidencias de hallazgos microbiológicos compatibles con infecciones de transmisión

sexual, como diplococos gram negativos intracelulares, *G. Vaginallis* o *Tricomonas*, cuyo origen no es el abuso sexual, sino malformaciones a nivel de sistema colector (19) y transmisión por fomites (2), por lo cual una excelente historia clínica y un índice alto de sospecha, son indispensables para establecer un diagnóstico preciso. Enfatizar en los aspectos de higiene y comportamiento es una importante estrategia en atención primaria.

A pesar que el principal motivo de consulta en ginecología pediátrica y de adolescentes es la VV (1), es notable la falta de estudios o modelos clínicos experimentales controlados en el último lustro, gestados y desarrollados en nuestro medio, que nos ayuden a describir y comprender la epidemiología, microbiología y demás aspectos clínicos propios de esta patología.

BIBLIOGRAFIA

- Joishy M, Sandeep C, Jain A et al. Do we need to treat vulvovaginitis in prepubertal girls? *BMJ* 2005; 330: 186-8.
- Sociedad Argentina de Ginecología Infanto-Juvenil; Manual de Ginecología Infantojuvenil; 2ª ed. Buenos Aires: Ed Ascune 2003; 306-07.
- Emans S, Laufer M, Goldstein D. *Pediatric and Adolescent Gynecology*. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 1998.
- García C, Carvalho N, Fernández M. Allergic vulvovaginitis in infancy: study of a case. *Allergol et Immunopathol* 2001; 29(4): 137-40.
- Lugones M, Calzada M. La Atención Ginecológica a la Niña. Una Realidad En Nuestra Especialidad. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 2002; 28(1): 58-63.
- Nair S, Schoeneman MJ. Acute Glomerulonephritis with Group A Streptococcal Vulvovaginitis. *Clin Pediatr (Phila)* 2000; 39: 721-722.
- Cox RA, Slack MPE. Clinical and microbiological features of *Haemophilus influenzae* vulvovaginitis in young girls. *J Clin Pathol* 2002; 55: 961-964.
- Brook I. Microbiology and Management of Polymicrobial Female Genital Tract Infections in Adolescents. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2002; 15: 217-26.
- Baiulescu M, Hannon P, Marcinak J et al. Chronic vulvovaginitis caused by antibiotic-resistant shigella flexneri in a prepubertal child. *Pediatr Infect Dis J* 2002; 21(2):170-72.
- Watkins S, Quan L. Vulvovaginitis caused by *Yersinia enterocolitica*. *Pediatr Infect Dis J* 1984; 3: 444.
- Koumantakis EE, Hassan EA, Deligeoroglou EK, et al. Vulvovaginitis during childhood and adolescence. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 1997; 10: 39-43.
- Fischer GO. Continuing professional development program vulval disease in pre-pubertal girls; *Aust J Dermatol* 2001; 42: 225-36.
- Stricker T, Navratil F, Sennhauser FH. Vulvovaginitis in prepubertal girls; *Arch Dis Child* 2003; 88: 324-26.
- Kass JH, Wilson EE. Pediatric Gynecology: assessment strategies and common problems. *Semin Reprod Med* 2003; 21(4): 329-38.
- Molina R, Sandoval J, González E. Salud sexual y reproductiva en la adolescencia. Santiago de Chile: 1ª ed. Ed Mediterraneo, 2003; 278-80.
- Cuadros J, Mazón A, Martínez R et al. The aetiology of paediatric inflammatory vulvovaginitis. *Eur J Pediatr* 2004; 163: 105-07.
- Mogielnicki NP, Schwartzman JD, Elliot JA. Perineal group A streptococcal disease in a pediatric practice. *Pediatrics* 2000; 106: 276-281.
- Jaquiere A, Stylioupolous A, Hogg G et al. Vulvovaginitis: Clinical features, aetiology and microbiology of genital tract. *Arch Dis Child* 1999; 81: 64-7.
- Moon TD, Kennedy AA. Vaginal discharge due to undiagnosed bilateral duplicated collecting system with ectopic ureters in a three-year-old female: an initial high index of suspicion for sexual abuse. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2002; 15: 213-16.