

Características clínicas de las vulvovaginitis en pacientes prepúberes: aspectos de interés para la práctica médica en el primer nivel de atención

*Clinical Features of Vulvovaginitis in Prepubertal Patients:
Topics of Interest for Medical Practice in the Primary Care Level
Características clínicas da vulvovaginite em pacientes pré-púberes:
aspectos relevantes para a prática médica em atenção primária*

Aída Máshenka Moreno-González,* Jerónimo Sánchez-Medina,** Luis Romano-Mazzotti***

La ginecología infantil y de la adolescencia es una especialidad medicoquirúrgica relativamente nueva que se encuentra en fase de desarrollo a escala mundial. Tiene su origen en Europa, en 1940, cuando se abrió el primer consultorio para niñas y adolescentes en Praga. Un año después, en Estados Unidos, el doctor Goodrich Shaufer publicó el primer texto de la especialidad. El examen ginecológico de la recién nacida, la niña y la adolescente requiere ciertas condiciones que lo diferencian del de la adulta; la exploración puede ser motivo de ansiedad para los padres, el médico y la paciente. Los exámenes neonatales, que ayudan a diagnosticar precozmente malformaciones cromosómicas y endocrinopatías para prevenir complicaciones futuras, son una práctica reciente. No todos los médicos hacen una exploración de forma sistemática a los genitales de una niña como se hace con los del varón, por ende se pasan por alto diagnósticos no detectados al nacer, signos de abuso sexual, o simplemente acostumbrar a la paciente y a la madre a experimentar con naturalidad la exploración ginecológica. Un motivo frecuente de consulta, tanto para el pediatra como para el médico familiar, es la presencia de flujo vaginal, que alarma a la paciente y a la madre.¹

La vulvovaginitis se define como la inflamación de la mucosa vulvar (vulvitis) y la presencia de irritación y descarga vaginal (vaginosis).⁷ Las vulvovaginitis pueden clasificarse en inespecíficas y específicas, según los factores etiológicos involucrados. Las inespecíficas son aquellas en las que se encuentra una flora bacteriana generalmente mixta, constituida por los gérmenes habituales de la vagina, que no están bien definidos para la paciente prepúber, y en algunos casos puede mostrar algún organismo predominante. Las específicas son aquellas en las que se detecta un germen, generalmente único, que no forma parte de la flora endógena de la vagina. Las inespecíficas predominan la etapa prepuberal, y todas las demás son específicas. En la pubertad, con el inicio de la secreción de estrógenos a nivel ovárico, esta relación se invierte.⁶

En los niveles anatómico y fisiológico la paciente prepúber está predispuesta a presentar vulvovaginitis por:

- Atrofia vaginal con mucosa delgada y atrófica por deficiencia de estrógenos^{2,3,7,8}
- pH entre 7.0 y 8.0 por la presencia de bacilos de Döderlein^{3,7,8}
- Orificio vaginal no protegido por los labios, encontrándose más próximo al ano^{3,4}
- Falta de vello púbico y cojines adiposos en los labios mayores^{4,10}
- Abuso sexual
- Irritantes vaginales
- Cuerpos extraños¹³

Este artículo debe citarse: Moreno-González AM, Sánchez-Medina J, Romano-Mazzotti L. Características clínicas de las vulvovaginitis en pacientes prepúberes: aspectos de interés para la práctica médica en el primer nivel de atención. Aten Fam. 2013;20(2):33-34.

*Hematóloga Pediatra, hospital infantil de México "Federico Gómez", Secretaría de Salud, México. **Jefe del Departamento de Educación de Pre y Posgrado, hospital infantil de México "Federico Gómez", Secretaría de Salud, México. ***Infectólogo Pediatra, Dirección Médica Vacunas, GlaxoSmithKline México

Correspondencia:
Jerónimo Sánchez-Medina
jsanchez@himfg.edu.mx

- Episodios de vulvovaginitis previos
- Infección de vías respiratorias previa³
- Parásitos⁹
- Mala higiene^{8,13}
- Constipación³

Los síntomas con mayor frecuencia referidos por las pacientes son:

- Eritema vaginal
- Descarga transvaginal²
- Prurito vaginal
- Disuria^{8,9}
- Sangrado¹⁰

A la exploración física los signos descritos son:

- Inflamación vaginal
- Excoriación de área genital¹⁰
- Descarga vaginal (purulenta, café o sanguinolenta)^{2,7}
- Cuerpo extraño

Debido a que el diagnóstico se realiza con base en la clínica y a que la mayoría de las patologías vulvares pueden ser diagnosticadas mediante la inspección sistemática de los genitales externos, efectuar una adecuada exploración ginecológica es muy importante.

La exploración rutinaria de una paciente pediátrica debe incluir la inspección general de los genitales externos para que el examinador conozca su desarrollo y las variaciones normales que pueden presentarse con el tiempo y así reconocer procesos patológicos.

Después de una historia clínica completa de la paciente es fundamental explicar el objetivo de la revisión y cómo se llevará a cabo. En caso de utilizar instrumentos u otros materiales, debe permitirse a la paciente observarlos y si es posible tocarlos. La paciente debe ser revisada cubriendo las partes de su cuerpo que no serán examinadas. La exploración ginecológica inicia con la palpación del pecho para estadificar el Tanner mamario; se palpa el abdomen e ingles en busca de adenopatías. Posteriormente se coloca a la paciente en posición supina con las plantas de los pies juntas (en forma de rana), y se le puede pedir que ayude separando los labios con sus manos. Una tracción gentil de los labios hacia afuera es necesaria para visual

lizar el anillo del himen y la vagina inferior. Después de la inspección de los genitales externos pueden ser detectadas patologías a nivel de pubis, labios mayores, labios menores, clitoris, uretra, vestíbulo o himen.

Entre los gérmenes que se han encontrado relacionados con vulvovaginitis están los siguientes:

- *Streptococcus pyogenes* (6-10 años):^{2,7,8,9,12} cocos grampositivos, bacterias anaerobias facultativas, fermentadoras de hidratos de carbono con producción de ácido láctico, catalasa negativos; pertenecen al grupo A
- *Hemophilus influenzae*:^{3,4,5,11} bacilos gramnegativos, pleomorfos, tienen actividad de endotoxina lipopolisacárido en la pared celular; su frecuencia ha disminuido debido a la introducción de la vacuna
- *Staphylococcus aureus*:^{8,10,12} cocos grampositivos, no móviles, aerobios facultativos, catalasa positivos; se encuentran en piel y mucosas
- *Escherichia coli* (1-5 años):^{7,12} enterobacteria, bacilo gramnegativo móvil con flagelos peritricos o no móviles, anaerobios facultativos; en el estudio de Stricker son considerados parte de la flora normal de vagina¹³
- *Moraxella catarrali*:¹⁰ bacilo gramnegativo aerobio
- *Streptococcus pneumoniae*:¹⁰ cocos grampositivos encapsulados, bacterias anaerobias facultativas, fermentadoras de hidratos de carbono con producción de ácido láctico, catalasa negativos
- *Neisseria meningitidis*:¹⁰ diplococos gramnegativos encapsulados, oxidasa-positivos, fermentadores de glucosa y maltosa
- *Shigella sp.*:¹⁰ enterobacteria, bacilo gramnegativo móvil con flagelos peritricos o no móviles, anaerobios facultativos
- *Yersinia enterocolitica*:¹⁰ enterobacteria, bacilo gramnegativo móvil con flagelos peritricos o no móviles, anaerobios facultativos

En caso de ser necesario se obtienen cultivos vaginales, y si se requiere realizar una vaginoscopia se aplica lidocaína local

para que ésta sea menos traumática que una inspección con espejo. Cuando no puede llevarse a cabo una exploración adecuada y se sospecha patología a nivel vaginal, debe aplicarse bajo anestesia.¹²

Referencias

1. Stricker T, Navratil F, Sennhauser FH. Vulvovaginitis in prepubertal girls. Arch Dis Child. 2003;88:324-6.
2. Sánchez M. Ginecología pediátrica y de la adolescencia: una especialidad joven. Revista Peruana de Pediatría. 2003;56(2):26-8.
3. Van Neer PA, Korver CRW. Constipation presenting as recurrent vulvovaginitis in prepubertal children. J Am Acad Dermatol. 2000;43:718-9.
4. Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB. Nelson: Textbook of pediatrics. 17th ed. Philadelphia: W.B. Saunders. 2004. p. 1828-32.
5. Kokotos F. In brief: Vulvovaginitis. Pediatrics in Review. 2006;27:116-7.
6. Escobar ME, et al. Recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de vulvovaginitis (VV) en niñas prepúberes. Arch. argent. pediatr. 2000;98(6):412.
7. Creatsas G, et al. Combined oral and vaginal treatment of severe vulvovaginitis during childhood. J Pediatr Adolesc Gynecol. 1999;12:23-6.
8. Jones R. Childhood vulvovaginitis and vaginal discharge in general practice. Family Practice. 1996;13:369-72.
9. Cuadros J, et al. The aetiology of paediatric inflammatory vulvovaginitis. Eur J Pediatr. 2004;163:105-7.
10. Manohara J, Chetan S, et al. Do we need to treat vulvovaginitis in prepubertal girls? BMJ. 2005;330:186-8.
11. Laspina F, et al. Agentes etiológicos de vulvovaginitis en niñas. Mem. Inst. Investiga. Cienc. Salud. 2005;3(1):9-14.
12. Davis VJ. What the paediatrician should know about paediatric and adolescent gynecology: The perspective of a gynecologist. Gynecological subspecialty notes. Journal of reproductive medicine. 2003;3:103-7.
13. Fischer GO. Vulvar disease in prepubertal girls. Australas J Dermatol. 2001;42:225-36.
14. International Association for the Study of Pain. 1986.
15. Avner J. Acute fever. Pediatrics in Review. 2009;30:5-13.
16. Jaquiere A. Vulvovaginitis: clinical features, aetiology and microbiology of the genital tract. Arch Dis Child. 1999;81:64-7.
17. Patel H. The Abnormal Urinalysis. Pediatr Clin N Am. 2006;53:325-37.
18. Roberts K. A synopsis of the American Academy of Pediatrics practice parameter on the diagnosis, treatment and evaluation of the initial urinary tract infection in febrile infants and young children. Pediatrics in Review. 1999;20:344-7.
19. Barbosa G, et al. Vulvovaginitis bacteriana en la prepúber. Rev Chil Obstet Ginecol. 2005;70(2):99-102.