

Flujo vaginal en la niña

CLARA MARÍA RESTREPO MORENO

MD. Especialista en Ginecología y Obstetricia de la Universidad de Antioquia
Fellow IFEPAG en Ginecología Pediátrica y de la Adolescencia
Docente vinculada a la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia
Coordinadora del Área de Sexualidad, Departamento de Ginecología y Obstetricia

INTRODUCCIÓN

La vulvovaginitis -cuya principal manifestación es el flujo vaginal- es el problema ginecológico más frecuente en las prepúberes (1).

La mayoría de las veces, en especial en los casos crónicos, resulta difícil lidiar con este motivo de consulta porque los padres sufren gran angustia ante el temor de que la niña haya sido víctima de abuso sexual (2).

FISIOPATOLOGÍA

La niñez es la etapa de la vida en la cual una mujer es más propensa a desarrollar una vulvovaginitis. Los factores que la hacen más susceptible son principalmente de tipo anatómico-fisiológico, debido a la proximidad entre el introito vaginal y el recto, la falta de vello púbico y tejido adiposo en los labios mayores, los labios menores cortos, la piel vulvar delicada y delgada, la



mucosa vaginal atrófica y con pH alcalino. Además, contribuyen aquellos comportamientos propios de la edad, los deficientes hábitos de higiene íntima y la inclinación a explorar su cuerpo (1,3). Otros predisponentes importantes son los antecedentes de infecciones respiratorias o gastrointestinales, recientes o concurrentes, la obesidad, los tratamientos antibióticos previos, la diabetes mellitus y un posible abuso sexual (1,2).

ASPECTOS CLÍNICOS

La mayoría de los síntomas genitales en las niñas, no tienen una causa específica. Los síntomas suelen ser subagudos o crónicos, y se presentan durante meses, e incluso años, antes de buscar ayuda médica. En otras ocasiones, este mismo síntoma puede obedecer a un patógeno o trastorno específico, y se manifiesta de forma tan aguda y grave que las obliga a consultar rápidamente (4). Los síntomas más frecuentes son: flujo vaginal (92%), prurito (45%), eritema (30%), disuria (19%), dolor (8%), y sangrado (5%) (1).

Para una adecuada evaluación de estos casos, se debe realizar un interrogatorio pormenorizado, indagando sobre posibles factores predisponentes y sobre síntomas locales o sistémicos asociados. Indagar sobre las características del flujo cantidad, consistencia, color, olor, duración- además de la presencia de disuria vulvar, prurito anal, etc. Obtener una descripción minuciosa de los hábitos de higiene íntima, control de esfínteres, el uso de medicaciones y tratamientos previos, y por último, ante la sospecha de abuso sexual, preguntar acerca de cambios en el comportamiento, el patrón de sueño, los hábitos alimenticios.

Posteriormente es preciso realizar un examen físico general completo, antes de proceder al examen genital, para el cual se sugiere hacer adoptar a la niña siempre la posición de rana, la cual permite la visualización del introito vaginal, el himen y el tercio inferior de la vagina, además de la posición genupectoral que, con la ayuda del otoscopio, nos permitirá la visualización del tercio superior de la vagina y del cérvix (5).

Entre las ayudas diagnósticas es necesario incluir inicialmente un directo y Gram de flujo vaginal. La solicitud de cultivos específicos, el test de Graham, y otros procedimientos como el examen y la vaginoscopia bajo anestesia general, dependerán de la sospecha clínica.



VULVOVAGINITIS INESPECÍFICA

Estas pequeñas suelen presentar flujo vaginal, escaso, no purulento, sin mal olor, además de leve irritación vulvar, síntomas que la mayoría de las veces se auto limitan y no precisan de intervención médica. Sin embargo, en otras ocasiones se puede manifestar con mayor eritema, prurito y disuria vulvar, en cuyo caso se hace indispensable la atención médica. No es infrecuente el compromiso polimicrobiano con predominio de Gram negativos intestinales (6), aunque desde el punto de vista microbiológico, es difícil definir si existe o no infección, pues la mayoría de los microorganismos que se han encontrado según los estudios, hacen parte de la flora vaginal normal a esta edad (3).

El diagnóstico suele ser clínico; sin embargo, y sobre todo en los casos moderados o graves, es recomendable realizar un examen de flujo vaginal para directo, Gram y cultivo, antes de iniciar una terapia antibiótica.

El tratamiento fundamental es el mejoramiento de la higiene íntima y el manejo de la irritación local. Es indispensable enseñar aspectos como el lavado de manos antes y después de ir al sanitario, la limpieza perineal de adelante hacia atrás luego de micción y defecación, el uso de ropa interior de algodón y de jabones con pH neutro o ácido; también el lavado de la ropa con jabones suaves no detergentes. Para disminuir la sintomatología vulvar se recomienda mantener esta zona seca, aplicar cremas de esteroides tópicos de baja potencia-hidrocortisona 1%- y cremas emolientes con óxido de zinc. Los baños de asiento con vinagre sólo como medida profiláctica más no curativa, pues pueden resultar irritantes en un área ya sensibilizada. Si el compromiso es grave y existe una amplia reacción inflamatoria vulvar, además de flujo maloliente y abundante, o no hay respuesta al manejo inicial, algunos autores, principalmente *Sanfilippo (2001)* sugieren recurrir al uso de antibióticos de amplio espectro y estrógenos en crema. En caso de no obtener respuesta o de recurrencia, se deben solicitar exámenes más sofisticados -cultivos específicos, vaginoscopia y examen genital bajo anestesia general- para aclarar el diagnóstico.

VULVOVAGINITIS ESPECÍFICAS

En cerca del 36% de las niñas con vulvovaginitis se logra aislar un patógeno bacteriano. El más prevalente es el *Streptococo β-hemolítico*



del grupo A, seguido en menor porcentaje por *Hemofilus influenzae* tipo b, *Klebsiella pneumoniae*, *Shigella flexneri* y *Stafilococo aureu* (1).

Estos gérmenes generalmente se adquieren por auto inoculación de secreciones infecciosas provenientes del tracto respiratorio, o de lesiones en piel, y en una menor proporción son secundarias a abuso sexual.

Streptococo β -hemolitico del grupo A: el compromiso vulvar se explica por auto inoculación o diseminación gastrointestinal desde una nasofaringe infectada. Los casos de recurrencia en niñas a pesar de tratamientos antibióticos adecuados, se explican por el estado de portadora asintomática -25% de las pacientes tratadas-, en ellas o un familiar (7). La edad para la presentación de estos síntomas se sitúa alrededor de los 5 años -con un rango que va desde el año hasta los 11 años. Los síntomas suelen ser agudos, con flujo vaginal mucopurulento, disuria, prurito y vulvodinia. Al examen, el eritema suele ser intenso y acompañado de edema. Puede incluso verse un brote papular en los glúteos y labios mayores. El diagnóstico se hace con el cultivo específico. El tratamiento es con Penicilina V 50.000-100.000 U kg/d/c/6hs, vía oral durante 7 días o Amoxicilina 40 mg/Kg/día, en tres dosis, durante 10 días (7,8).

Enteropatógenos: la *Shigella* sp es la que con más frecuencia causa vulvovaginitis en las niñas. Se manifiesta con un flujo mucopurulento, sanguinolento, que a menudo se acompaña por diarrea. La *Escherichia coli* y la *Yersinia enterocolitica* producen un cuadro similar. El diagnóstico se hace mediante el cultivo específico. El tratamiento convencional es con Trimetropin/Sulfametoxazol 6-10/30-50 mg/Kg/día, dos veces al día, vía oral durante cinco días (7,9).

Oxiuros (*Enterobius vermicularis*): el principal síntoma es el prurito perineal, especialmente durante la noche. El diagnóstico se hace con el test de Graham, o al visualizar el parásito adulto en el ano. Sin embargo, en caso de no poder demostrar el parásito, en presencia de estos síntomas, se recomienda realizar el tratamiento empírico. El Mebendazol 100 mg, dosis única oral, y repetirlo a las dos semanas, es el tratamiento de elección, además del cuidadoso lavado de las pijamas y ropas de cama (1).

Vaginosis bacteriana: en prepúberes es poco frecuente y aún no es claro si está o no relacionada con contacto sexual previo. Se manifiesta por flujo vaginal gris, abundante, maloliente -a pescado-, además de irritación vulvar. El diagnóstico bacteriológico se hace mediante el test de



whiff positivo y la presencia de células guía en el examen de Gram (10). Se da tratamiento con Metronidazol 15 mg/Kg/día, c/8h, vía oral, durante 7 a 10 días, además de las medidas higiénicas generales ya expuestas (11).

Trichomona vaginalis: es una causa poco frecuente de vulvovaginitis a esta edad, a menos que hayan sufrido abuso sexual. Y aunque se ha descrito su transmisión perinatal -5% (12)-, raramente esta es causa de vaginitis persistente más allá de ese período, aun en ausencia de tratamiento antibiótico (13). El síntoma principal es un flujo vaginal amarillo-verdoso, abundante, edema y eritema vulvar marcados. El examen directo de flujo vaginal, en el cual se observa el flagelado móvil, permite el diagnóstico. Se da tratamiento con Metronidazol® 15 mg/Kg/día, c/8h, vía oral, durante 7 a 10 días (2).

Neisseria gonorrhoeae: al igual que la anterior, es muy poco probable su hallazgo por fuera del período neonatal en ausencia de abuso sexual. El riesgo de transmisión perinatal es de cerca de 30% (14). La prevalencia encontrada es entre 5 y 9% en niñas prepúberes que consultaron por vaginitis (1). Se manifiesta con flujo vaginal purulento abundante, eritema prurito-vulvar y disuria. Es muy rara la diseminación al tracto genital superior. En caso de no tratarse, la sintomatología suele desaparecer con el tiempo y la niña queda como portadora -40% de cultivos positivos en niñas víctimas de abuso sexual asintomáticas (1).

El diagnóstico se debe hacer con el cultivo específico -Thayer Martin-, puesto que las pruebas serológicas arrojan un alto porcentaje de falsos negativos y positivos. Debido a la alta prevalencia de *N. gonorrhoeae*, demostrada por los estudios, se recomienda incluir el cultivo específico en forma rutinaria en la evaluación de toda preadolescente con flujo vaginal, incluso sin que exista sospecha de abuso sexual. El tratamiento de elección es con Ceftriaxona 25-50 mg/kg intramuscular en dosis única, sin exceder 125 mg en total, además del tratamiento para *Chlamydia* si ésta no se ha descartado.

Chlamydia trachomatis: el riesgo de transmisión perinatal está entre 50 y 70%. (23) La prevalencia reportada es muy variable y va desde el 2% hasta el 43% en niñas con antecedente de abuso sexual. La sintomatología es muy similar a la del gonococo. No es infrecuente el estado de portadora asintomática. Para el diagnóstico específico es necesario realizar el cultivo celular en el medio de McCoy. Las pruebas serológicas tampoco se recomiendan en este caso por los altos falsos



positivos y negativos que reportan. El tratamiento en menores de 45 kg de peso es con Eritromicina 50 mg/kg/día/c/6hs vía oral durante 14 días, y si la niña tiene mayor peso o es mayor de 8 años, se trata con Azitromicina 1 g, dosis única vía oral (2).

Cándida albicans: esta entidad es sumamente improbable durante la infancia, porque la proliferación del hongo es estrógeno-dependiente (1,5). Su prevalencia es del 8% y suele ser secundaria al uso reciente de antibióticos, diabetes mellitus, estados de inmunodeficiencia o uso inadecuado de pañales (2). Se caracteriza por prurito intenso y disuria vulvar. El flujo vaginal blanco, grumoso e inodoro, es raro a esta edad. En el examen físico se observa eritema, edema, y en casos severos, excoriaciones y fisuras. En lactantes son frecuentes las lesiones satélites perineales. El diagnóstico se confirma con el directo y el KOH del flujo vaginal que demuestra las pseudohifas. Se da tratamiento tópico con Clotrimazol intravaginal utilizando la técnica del doble catéter. Para aliviar la irritación vulvar se emplea Hidrocortisona en crema al 1% tres veces al día, hasta por cinco días.

OTRAS CAUSAS

Cuerpo extraño en la vagina

Se recomienda descartarlo en todo caso de vulvovaginitis recurrente o que no responda a los tratamientos antibióticos y las medidas generales. Tiene una prevalencia de hasta 9,8% (15). La edad de presentación varía entre los 2 y los 9 años. El síntoma principal es el flujo sanguinolento, maloliente, que puede llegar hasta el franco sangrado vaginal (49%), la duración de los síntomas varía entre 1 y 2 años con reportes de hasta 4 años (16). Los objetos que con más frecuencia se encuentran son pedazos de papel higiénico (40% de los casos). La presencia de un cuerpo extraño en la vagina se puede sospechar, bien sea porque la niña lo dice, por los síntomas característicos, o porque durante el examen ginecológico se observa o palpa el cuerpo extraño. Algunos autores consideran que la resonancia magnética nuclear es la mejor técnica para evaluar la presencia de cuerpos extraños en la prepúber (17). El diagnóstico definitivo se hace mediante el examen vaginal con vaginoscopio bajo anestesia general. La extracción del cuerpo extraño puede realizarse en el consultorio -sobre todo en las niñas mayores y colaboradoras-, mediante la irrigación vaginal con solución salina, seguida por un lavado con solución yodada. En las



más pequeñas este mismo procedimiento se debe realizar bajo anestesia general, pues es difícil obtener su colaboración. (22,18).

Finalmente es preciso mencionar otras causas poco frecuentes, que pueden ocasionar flujo vaginal sanguinolento o franco sangrado vaginal. Entre ellas se encuentran los pólipos y tumores vaginales y cervicales, el prolapso uretral, las anomalías congénitas -uréter ectópico y fístulas-, así como algunas entidades dermatológicas -psoriasis, dermatitis seborreica y liquen escleroso-, entre otras (19,20,21).

CONCLUSIÓN

La evidencia actual indica que para el manejo de la vulvovaginitis en la prepúber, además de las correctas medidas higiénicas, se debe siempre realizar el estudio microbiológico del flujo vaginal antes de instaurar un tratamiento antibiótico, el cual solo debería ser usado en caso de que se encuentre crecimiento predominante de un patógeno.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Stricker, F Navratil, Sennhauser FH. Vulvovaginitis in prepubertal girls. Arch Dis Child 2003; 88:324-326.
- 2 Sanfilippo JS, Muram D, Dewhurst J, Lee PA: Pediatric and adolescent gynecology. Philadelphia: W.B. Saunders; 2001. p199-213.
- 3 Manohara J, Chetan SA, Arpana J, Rohini G. Do we need to treat vulvovaginitis in prepubertal girls? BMJ 2005; 330:186-188 (22 January).
- 4 Someshwar J, Lutfi R, Nield LS: The missing "Bratz" doll: a case of vaginal foreign body. Pediatr Emerg Care 2007; 23 (12):897-8.
- 5 Vandeven AM, Emans J. Vulvovaginitis in the child and adolescent. Pediatr Rev 1993; 14:141-147.
- 6 Jaquier A, Stylianopoulos A, Hogg G, Grover S: Vulvovaginitis: clinical features, aetiology, and microbiology of the genital tract. Arch Dis Child 1999; 81:64-67.
- 7 Hansen MT, Sánchez VT, Eyster K, Hansen KA: Streptococcus pyogenes pharyngeal colonization resulting in recurrent, prepubertal vulvovaginitis. J Pediatr Adolesc Gynecol 2007; 20 (5):315-7.
- 8 Mogielnicki N, Joseph PA, Schwartzman D, Elliott J: Perineal group a streptococcal disease in a pediatric practice. Pediatrics 2000; 106 (2); 276-281.
- 9 Baiulescu M, Hannon PR, Marciniak JF, Janda WM, Schreckenberger PC: Chronic vulvovaginitis caused by antibiotic-resistant Shigella flexneri in a prepubertal child. Pediatr Infect Dis J 2002; 21(2):170-2.



- 10 Thomas A, Forster G, Robinson A, Rogstad K. National guideline for the management of suspected sexually transmitted infections in children and young people. *Sex Transm Inf* 2002; 78: 324-331
- 11 Vandeven AM, Emans J. Vulvovaginitis in the child and adolescent. *Pediatr Rev* 2006; 27:116-117.
- 12 Thompson JL, Gelbart SM. *Trichomonas vaginalis*. *Obstet Gynecol* 1989; 74:536-41
- 13 Hammerschlag MR. Sexually transmitted diseases in children: *Curr Opin Infect Dis* 1992; 5: 29-35.
- 14 Rawstron SA, Bromberg K, Hammerschlag MR. STD in children: syphilis and gonorrhoea. *Genitourin Med* 1993; 69:66-75.
- 15 Smith YR, Berman DR, Quint EHJ: Premenarchal vaginal discharge: findings of procedures to rule out foreign bodies. *Pediatr Adolesc Gynecol* 2002; 15(4):227-30.
- 16 Dahiya P, Agarwal U, Sangwan K, Chauhan M: Long retained intravaginal foreign body: a case report. *Arch Gynecol Obstet* 2003; 268 (4):323-4.
- 17 Kihara M, Sato N, Kimura H, Kamiyama M, Sekiya S, Takano H: Magnetic resonance imaging in the evaluation of vaginal foreign bodies in a young girl. *Arch Gynecol Obstet* 2001; 265 (4):221-2.
- 18 Wang CW, Lee CL, Soong YK. Hysteroscopic extraction of vaginal foreign body in a child. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 1996; 3(3):443-4. Disponible en: www.mssvd.org.uk/guidelines 2002
- 19 Arbo E, dos Reis R, Uchoa D, Acetta SG, Rivoire WA, Capp E: Vaginal Müllerian papilloma in a 2-year-old child. *Gynecol Obstet Invest* 2004; 58 (1):55-6.
- 20 Allen-Davis JT, Russ P, Karrer FM, Shroyer K, Ruyle S, Odom LF. Cavernous lymphangioma presenting as a vaginal discharge in a six year old female: a case report. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 1996; 9 (1):31-4.
- 21 Poindexter G, Morrell DS. Anogenital pruritus: lichen sclerosus in children. *Pediatr Ann* 2007; 36 (12):785-91.
- 22 Stricker T, Navratil F, Sennhauser FH: Vaginal foreign bodies. *J Paediatr Child Health* 2004; 40 (4):205-7.
- 23 www.mssvd.org.uk/guidelines2002