

Aspectos etiológicos das vulvovaginites na infância

Etiologic aspects of vulvovaginitis in the prepubertal child

Gisela Andrea Yamashita⁽¹⁾, Janaína Fontenele Saramacho⁽¹⁾, Adriana Bittencourt Campaner⁽²⁾,
Tsutomu Aoki⁽³⁾

Resumo

A vulvovaginite na infância é a queixa ginecológica mais comum na prática clínica pediátrica diária. Existem diversos fatores anatômicos, fisiológicos e comportamentais que predispõem às vulvovaginites na infância. As vulvovaginites não-específicas são de longe a causa mais freqüente desta afecção nesta população. Os fatores que predispõem a esta condição incluem desordens dermatológicas locais, coçaduras freqüentes, irritação por sabonetes e líquidos, uso de roupas justas principalmente de nylon, obesidade, masturbação e higiene precária. No entanto, as crianças podem também apresentar infecções específicas por patógenos provindos do trato respiratório e gastrointestinal e também por agentes de transmissão sexual (levantar a suspeita imediata de abuso sexual). A oxiúriase é causa comum de prurido vulvar e perianal em crianças. Corpos estranhos vaginais devem ser considerados em todos os casos de vulvovaginite recorrente. O tratamento das vulvovaginites não-específicas inclui o emprego de higiene adequada, evitar uso de roupas justas em crianças suscetíveis, utilização de calcinhas de algodão e de banhos de asento freqüentes. Para casos de vulvovaginites específicas, o tratamento é direcionado ao agente desencadeante.

Descritores: Vulvovaginite, Oxiúriase, Enterobíase, Corpos estranhos, Fatores de risco, Criança

Abstract

Vulvovaginitis in the prepubertal child is the most common

1. Acadêmica do 5º Ano do Curso de Graduação em Medicina da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo

2. Doutora em Ginecologia. Professor Assistente da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – Departamento de Ginecologia e Obstetrícia

3. Doutor em Ginecologia. Professor Adjunto da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – Departamento de Ginecologia e Obstetrícia. Diretor do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

Endereço para correspondência: Gisela Andrea Yamashita. Rua Tabajara, nº 379 – CEP. 07111-120 - Guarulhos – SP. e@mail: giselayama@gmail.com

*gynecological complaint seen in pediatric practice. There are several anatomical, physiological and behavioral predisposing factors for vulvovaginitis in the prepubertal child. Non-specific vulvovaginitis is by far the most common cause of vulvovaginitis in this population. The factors that predispose to this condition include skin disorders, improper wiping, and irritation from bubble bath or harsh soap, wearing of tight fitting nylon clothes, obesity, masturbation and poor hygiene. However, they can also have specific infections from respiratory or enteric pathogens or from sexually acquired organisms (must immediately raise the suspicion of possible sexual abuse). Pinworms (*Enterobius vermicularis*) are a common cause of perirectal and vulvar pruritus in children. Vaginal foreign bodies must be considered in all cases of recurrent vulvovaginitis. The treatment of non-specific vulvovaginitis includes proper and regular hygiene, avoidance of tight clothing in susceptible children, the double rinsing of cotton underwear and tepid sitz baths. For specific vulvovaginitis treatment is directed to the specific pathogen.*

Key-words: Vulvovaginitis, Oxyuriasis, Enterobiasis, Foreign bodies, Risk factors, Child

A secreção vaginal fisiológica que é freqüentemente encontrada na vagina pode ser originária das trompas, do útero, das glândulas cervicais e principalmente através da transudação das paredes vaginais. Apresenta-se em pequena quantidade, com aspecto claro e odor característico. Esta secreção vaginal torna-se anormal quando há um desequilíbrio entre os diferentes microorganismos que normalmente se encontram na flora fisiológica da vagina, causando então a vulvovaginite. Ademais, o corrimento geralmente aparece associado a sintomas locais como: alteração de cor (branca ou amarelo-esverdeada), odor intenso e incômodo, irritação, prurido, ardor ao urinar e sangramento.⁽¹⁾

A vulvovaginite é um processo inflamatório que freqüentemente acomete a vulva e a vagina, decorrente de diversos tipos de processos infecciosos, e se expressa habitualmente na forma de corrimento vaginal, prurido, disúria.⁽²⁾ Bem como ocorre na mulher adulta, as vulvovaginites constituem a afecção ginecológica mais

comum da infância.⁽³⁾ No entanto, diversos fatores diferenciam a genitália da mulher no menacme daquela das crianças, dentre os quais podemos mencionar principalmente as diferenças anatômicas, as hormonais e as alterações fisiológicas decorrentes das mesmas.⁽⁴⁾

Dessa maneira, sabe-se que a menina é suscetível às vulvovaginites por diversos fatores, em relação aos quais tentou-se discorrer a seguir. Nesta faixa etária a vulva é desprotegida, visto não ter os grandes lábios totalmente desenvolvidos, não apresentar os coxins de gordura na raiz da coxa e nos grandes lábios, nem os pêlos da mulher adulta. A vulva se localiza muito próxima ao ânus e, portanto, exposta constantemente à contaminação, além de estar voltada para adiante em relação ao eixo longitudinal do corpo. Os meios de defesas vulvares e vaginais encontram-se debilitados pela falta da função trófica exercida pelos estrogênios (assim os epitélios de revestimento dos genitais são tênues facilitando a penetração de germes). A pele vulvar fina é facilmente traumatizada por agressões físicas.⁽⁵⁾ Além disso, a pequena abertura himenal obstrui a saída de secreções vaginais, predispondo às infecções.⁽⁶⁾

Deve-se também lembrar que o meio vaginal nesta fase de vida é alcalino em virtude da falta fisiológica de esteróides sexuais circulantes; assim, a ausência de acidez vaginal, que é elemento de vital importância na defesa contra grande número de agentes patogênicos, poderia propiciar o desenvolvimento de infecções. Na recém-nascida o epitélio vaginal se encontra espessado devido ao estímulo estrogênico materno; trata-se de epitélio imaturo, enquanto a pele da vulva é espessa e elástica. A descamação das células superficiais, abundantes em glicogênio, leva à colonização por lactobacilos que, por sua vez, produzem ácido acético e láctico, baixando o pH vaginal para 5-5,7. No primeiro dia do nascimento o pH vaginal da recém-nascida é de 5,7, no segundo dia é 5,6 e no quarto dia atinge 4,8. Ocorre, então, uma leucorréia fisiológica neonatal - uma secreção mucóide branca com pouco ou nenhum leucócito, produto da descamação de células superficiais mais muco cervical. Essa secreção é comum e tende a desaparecer em 10 a 30 dias. Após alguns dias do nascimento, como resposta a privação estrogênica, este corrimento pode adquirir características sanguinolentas. Gradualmente o pH vaginal se torna alcalino e se estabiliza em 2-6 semanas. A partir do primeiro mês e durante toda a infância, com a diminuição dos estrógenos circulantes, o epitélio vaginal se torna fino e atrófico. Não há colonização por lactobacilos, o pH aumenta para 6,5-7,5 (neutro a alcalino) e a flora não patogênica aparece. Esse ambiente morno e alcalino é um perfeito meio de cultura para o desenvolvimento de microorganismos.⁽⁷⁾

A falta de higiene, muito comum nessa faixa etária, também é outra razão que justifica a elevada incidência das vulvovaginites especialmente por propiciar a proliferação bacteriana local. A criança expõe muito frequentemente seus órgãos genitais, sentando-se em qualquer local e de maneira descuidada. Essas pacientes se limpam de trás para frente, arranham-se com mãos sujas e brincam em caixas de areia contaminadas. A vulva muitas vezes fica em contato com roupas ou até fraldas que causam maceração e não permitem adequada transpiração.⁽⁸⁾

Outros fatores predisponentes incluem a lavagem inadequada das mãos, inserção de corpos estranhos, uso de roupas íntimas apertadas e pouco absorventes, irritantes químicos como sabonetes e banho de espuma, permanência de roupas de banho úmidas são fatores aliados para o aparecimento das vulvovaginites. A suspeita de abuso sexual ou o relato deste estão associados a presença de traumatismos ou de infecções vulvovaginais, principalmente aquelas causadas por germes sexualmente transmissíveis.⁽⁹⁾ Infecções de pele e do trato respiratório podem também serem levadas aos genitais por autocontaminação.

As vulvovaginites inespecíficas, isto é, aquelas nas quais não se identifica um agente etiológico responsável pela infecção, apenas microorganismos integrantes da flora saprófita habitualmente encontrada na vagina, correspondem a 70% dos casos. Geralmente é secundária a precária higiene genital e perineal.⁽⁴⁾ A sintomatologia é representada por corrimento tipicamente esverdeado, castanho ou amarelado, como dor fétido e pH vaginal de 4,7 a 6,5. Prurido, disúria, sensação de ardor ou queimação, edema e eritema vulvar podem acompanhar o quadro. As bactérias coliformes, secundárias a contaminação fecal, estão associadas a 68% dos casos relatos. A *E. coli* é a mais encontrada com a vulvite.⁽⁹⁾

O estudo de Jones ao avaliar crianças com quadro de vulvovaginites demonstrou que a do tipo não-específica com flora bacteriana mista foi o tipo mais comum, estando associada à higiene pós-miccional e principalmente anal deficitárias ou realizadas de forma incorreta, vestuário inadequado e, em crianças pré-púberes, à presença de atrofia normal da mucosa vaginal.

Neste tipo de vulvovaginite o tratamento incluiria a melhora da higiene local, o uso de roupas íntimas de algodão branco, evitar o uso de roupas apertadas e sintéticas, fazer banhos de assento com benzidamida, chá de camomila ou permanganato de potássio (substâncias antiinflamatórias) e afastar agentes irritantes. Caso a secreção permaneça, realizar exame bacterioscópico e culturas da secreção vaginal e tratar conforme o antibiograma. As recidivas podem ser frequentes.⁽¹⁰⁾

As vulvovaginites específicas correspondem às infecções por microorganismos conhecidos, os quais determinam quadro clínico específico.⁽⁴⁾ Abaixo relacionamos os agentes específicos mais frequentemente encontrados em crianças.

A *Candida albicans* parece preferir um ambiente estrogênizado, não representando um agente causador habitual de vulvovaginites nas meninas pré-púberes. Para se desenvolver nos genitais este fungo necessita da presença de glicogênio, pela consequente acidez vaginal, explicando-se assim a sua maior incidência em meninas acima dos dez anos de idade.⁽¹¹⁾ No entanto a sua ocorrência na infância está associada à diabetes mellitus, uso de fraldas, imunossupressão, uso de antibióticos, imunossupressores e corticóides.⁽¹⁰⁾ A dermatite por *Candida* é um problema extremamente comum no período da lactância, estimando-se que a maioria dos lactentes irá apresentar pelo menos um episódio durante este período, sendo raro após os dois anos de idade.⁽¹¹⁾ Observa-se geralmente um corrimento genital branco, grumoso, com prurido genital intenso, hiperemia vulvar, ardor à micção. O diagnóstico é feito pela história e exame físico, pelo exame a fresco ou com a utilização de KOH. O tratamento inclui cremes tópicos de antifúngicos ou imidazólicos (os mesmos devem ser aplicados no interior do ambiente vaginal utilizando-se aplicador próprio para crianças). A violeta genciana líquida também pode ser utilizada intravaginal nesta faixa etária com bons resultados.⁽¹⁾

A infecção vaginal por *Shigella* em crianças, através do contato direto da região genital com as fezes contaminadas por este agente, irá culminar em quadro de vulvovaginite a qual irá se caracterizar por corrimento mucopurulento ou sanguinolento e prurido; o mesmo poderá se desenvolver algum tempo após o quadro de diarreia (com sangue, muco e pus nas fezes), associada à febre e mal estar. O diagnóstico é dado pela cultura para *Shigella* e o tratamento através do uso de Trimetoprim/sulfametoxazol.⁽⁹⁾

Em relação ao *Streptococcus* hemolítico do grupo A, várias hipóteses foram formuladas na literatura para a transmissão do mesmo ao períneo, entretanto nenhuma foi comprovada de forma efetiva. No entanto, a distribuição sazonal da infecção vulvovaginal e perineal relacionada a infecção de faringe, sugerindo infecção com o trato respiratório, parece confirmar a hipótese de auto-inoculação a partir das vias aéreas. Outra hipótese de contágio é a transmissão dos germes que são deglutidos através do trato gastrointestinal até a região perineal.⁽¹³⁾ O corrimento por este agente tem início abrupto, provoca secreção vaginal moderada com importante eritema vulvar, às vezes sanguinolenta. Pode estar associada à infecção respiratória recente. O diagnóstico é realizado através da

cultura em ágar sangue e o tratamento é amoxicilina.⁽¹⁰⁾

A infecção por *Enterobius vermicularis* é muito comum, com elevada incidência em crianças, estando associado à inadequada higiene genital. Os sintomas clínicos mais comuns desta helmintíase são o prurido anal, as lesões perianais e a vulvovaginite.⁽²⁾ Os mecanismos de transmissão podem ser diversos e a forma mais comum nas crianças é o direto (oral-fecal); a forma indireta (entero-infecção), isto é, quando os ovos presentes nos alimentos ou na poeira são ingeridos ou aspirados, é mais comum em ambientes coletivos como escolas ou creches. A contaminação vulvar nas crianças ocorre por migração deste verme a partir da região perianal ou pela manipulação desta região pela própria menina, levando o *Enterobius* até a região vulvar. Este helminto caracteriza-se por transportar bactérias colônicas ao períneo, causando vulvovaginite recorrente.⁽⁹⁾ O diagnóstico através da propeidética subsidiária (o exame que apresenta melhor resultado é o emprego da fita adesiva anal) proporciona elevada taxa de falso-negativos. Assim, prefere-se o tratamento empírico com mebendazol oral quando da suspeita desta infecção.⁽⁴⁾

A *Chlamydia trachomatis* é geralmente assintomática. A sua presença em meninas maiores de três anos de idade é fortemente sugestiva de abuso sexual (antes desta idade pode estar associada a transmissão perinatal por mães infectadas). Diagnóstico: imunofluorescência direta ou PCR. O tratamento requer o emprego de eritromicina ou azitromicina.⁽¹⁰⁾

Já a *Neisseria gonorrhoea* é de transmissão primordialmente sexual (no entanto pode ser transmitida pela mãe durante a passagem pelo canal de parto); infecta a vagina das meninas produzindo uma vaginite severa com corrimento em quantidade e purulento, geralmente com edema de lábios. O diagnóstico é sugerido pela bacterioscopia que mostra diplococcus gram negativos e pela cultura em meio de Thayer Martin. Tratamento: Penicilina benzatina, ceftriaxone e espectinomicina.⁽¹⁰⁾

Em relação à *Trichomonas vaginalis*, a mesma é em geral de transmissão sexual. Manifesta-se por corrimento vaginal esverdeado e com odor desagradável, associado a sinais de irritação do epitélio vulvovaginal inespecíficos, como prurido, ardência, eritema. A detecção de *Trichomonas* móveis a microscopia de esfregaços a fresco da secreção vaginal e / ou bacterioscopia garantem o diagnóstico. O tratamento em crianças requer metronidazol via oral.⁽⁴⁾

Quanto à *Gardnerella vaginalis*, sua transmissão sexual é controversa. Deve-se também suspeitar de abuso sexual. Está associada a bactérias anaeróbias, responsáveis pelo odor fétido do corrimento, que se apresenta branco acinzentado com pequenas bolhas.

O diagnóstico é o mesmo para o agente anterior, bem como o tratamento.⁽¹⁾

Além de todos os agentes previamente mencionados, a presença de qualquer corpo estranho intravaginal pode produzir corrimento persistente, com odor muito fétido e às vezes sanguinolento. A presença do mesmo no meio vaginal da criança, associado ao elevado pH local, ocasiona contaminação secundária seguida de corrimento. O papel higiênico é o corpo estranho mais comumente encontrado e a criança nega veementemente sua colocação. O diagnóstico deve ser sempre suspeitado quando da presença de corrimentos persistentes em meninas. O diagnóstico é realizado pela visualização direta do mesmo através de vaginoscopia. O tratamento consiste na simples remoção e utilização de antibioticoterapia tópica.⁽¹⁰⁾

Dessa maneira, é muito importante que na abordagem inicial da criança com corrimento vaginal, seja determinado se o mesmo é fisiológico ou patológico, evitando-se assim tratamentos desnecessários. Sabe-se ainda, que a maioria dos corrimentos vaginais cessa com uma adequada higiene dos genitais, o que pode ser garantido pela simples orientação das crianças por suas mães ou cuidadores. Nos casos em que o agente etiológico da vulvovaginite é considerado como agente relacionado às doenças sexualmente transmissíveis uma investigação detalhada deve ser realizada com o intuito de se determinar se houve abuso sexual ou até mesmo estupro. O sucesso do tratamento depende, além do correto diagnóstico etiológico da patologia, do minucioso esclarecimento à família da importância e consequência do mesmo.⁽¹⁴⁾

Além da importância da prevenção de boa higiene local, outras simples atitudes podem auxiliar na prevenção desta tão freqüente afecção em crianças, dentre as quais poderíamos mencionar: banhar a criança de risco (aquela com corrimentos recidivantes) várias vezes ao dia, após as diurese e evacuações, com um sabonete suave ou neutro; uso de roupas adequadamente folgadas e absorventes, evitando-se o uso constante de calcinhas de material plástico, de lycra, nylon; quando da realização de atividades aquáticas, maiôs e biquínis devem ser trocados por um short leve, logo que a criança pare de nadar. A higienização com algodão e óleo, é importante em cada troca de fraldas.

As crianças maiores devem ser ensinadas a limpar-se, após as evacuações, da frente para trás, para não trazer restos de fezes do ânus para a vagina. Ao urinar, as meninas devem ser ensinadas a urinar com as pernas afastadas e enxugar-se depois. Deve-se também lavar bem as mãos antes e depois de ir ao banheiro.⁽¹⁾

Referências Bibliográficas

1. Hwang YS, Sande MA. Infecções obstétricas e ginecológicas. In: Wilson WR, Sande MA. Doenças infecciosas: diagnóstico e tratamento. Porto Alegre: ArtMed. 2004; p.306-31.
2. Fontoura ARH. Enterobius vermicularis: uma importante causa de vulvovaginites na infância. Rev Baiana Saúde Publica. 2003; 27(2):277-86.
3. Jones R. Childhood vulvovaginitis and vaginal discharge in general practice. Fam Pract. 1996; 13(4): 369-72.
4. Kokotos F. Vulvovaginitis. [Review] Pediatr Rev. 2006; 27(3):116-7.
5. Deligeoroglou E, Salakos N, Makrakis E, Chassiakos D, Hassan E, Christopoulos P. Infections of the lower female genital tract during childhood and adolescence. [Review] Clin Exp Obstet Gynecol. 2004; 31(3):175-8.
6. Cibley LJ, Cibley LJ. Cytolytic vaginosis. Am J Obstet Gynecol.1991; 165(4 pte 2): 1245-9.
7. Wanderley MS, Magalhães EMS, Trindade ER. Avaliação clínica e laboratorial de crianças e adolescentes com queixas vulvovaginais. Rev Bras Ginecol Obstet. 2000; 22 (3):147-52.
8. Altchek A. Pediatric vulvovaginitis. J Reprod Med. 1984; 29 (6): 359-75.
9. Malheiros AFA. Vulvovaginites na infância. [monografia on line] [Monografia – Conclusão de Curso] Universidade Fluminense. Faculdade de Medicina. Centro de Ciências Médicas; 2002. Disponível em: <http://www.uff.br/mmi/ped/vulvovaginite.pdf> (22 abr 2007).
10. Milagre M. Vulvovaginite na infância. [on line], 2001. Disponível em: <http://www.sogirgs.org.br/Boletins%20Anteriores/A2001/SetOut01/vulvovaginite.htm> (21 maio 2007).
11. Ramos L, Bastos A, Salvatore C. Ginecologia. In: Marcondes E, editor. Pediatria básica. 9ª ed. São Paulo: Sarvier; 1999. p.1749-59.
12. Dodds M. Vulvar disorders of the infant and young child. [Review] Clin Obstet Gynecol. 1997; 40(1):141-51.
13. Mogielnicki N, Schwartzman J, Elliot J. Perineal group A streptococcal disease in a pediatric practice. Pediatrics. 2000; 106 (2): 276-81.
14. Neves NA. Corrimento vaginal na infância: como abordá-lo. DST J Bras Doenças Sex Transm. 1998; 10(5):15-9.

Trabalho recebido: 25/02/2008

Trabalho aprovado: 27/05/2008