



ARTIGO

CORRIMENTO VAGINAL NA INFÂNCIA: COMO ABORDÁ-LO MANAGEMENT OF VULVOVAGINITIS DURING CHILDHOOD

NILMA A NEVES

RESUMO

As vulvovaginite, mais especificamente o corrimento vaginal, é uma doença comum na infância e freqüente causa de procura de atenção médica pediátrica. Essa alta freqüência, deve-se principalmente à higiene precária dos genitais externos, o que coloca as vulvovaginites inespecíficas como a causa mais freqüente de vulvovaginites na infância.

É muito importante que na abordagem da criança com corrimento vaginal, seja

determinado se o mesmo é fisiológico ou patológico, evitando-se tratamentos desnecessários. Sabe-se ainda, que a maioria dos corrimentos vaginais cessam com uma adequada higiene dos genitais.

Nos casos em que o agente etiológico da vulvovaginite é considerado um agente de Doenças Sexualmente Transmissíveis e deve ser feita uma investigação para determinar se houve estupro.

O sucesso do tratamento, depende além do correto diagnóstico etiológico da aptologia, do minucioso esclarecimento à família da importância e consequência do mesmo.

Fez-se uma abordagem prática de como manusear o corrimento vaginal na infância, apontando suas principais características, seu diagnóstico e o tratamento.

ABSTRACT

Vaginal discharge is a common ailment during childhood and frequently the reason for seeking medical attention. Bad hygiene habits of the external genitals, which place unspecified vulvovaginitis as the most frequent cause of vulvovaginitis during childhood, are the cause of the high frequency levels.

When treating the child with vulvovaginitis, it is very important to determine if it is physiological or pathological, thereby avoiding unnecessary treatment. Moreover, it is a known fact that the great majority of vaginal discharges cease with adequate genital hygiene.

Universidade Federal da Bahia

Endereço para correspondência

Dra Nilma A. Neves

Rua Dr. Américo Silva, 96 / apto. 1202 - Morro do Gato

Salvador - Bahia - Brasil CEP 40140-490

Telefones: 55712452929 / 55719812204

Fax: 55713515907 / 55713581999

e-mail: naneves@stc.com.br

Palavras-chave: Vulvovaginitie, Infância, DST, Diagnóstico

Keywords: Vulvovaginitis, Childhood, STD, Diagnosis

Vários agentes infecciosos podem determinar sérios riscos a saúde da criança, talvez até ao seu futuro reprodutivo.

In the cases where the ethiological agent of vulvovaginitis is considered an agent of STD's, an investigation to determine if rape occurred should be carried out.

The success of the treatment depends on the correct ethiological diagnosis and family counseling.

A practical and global management of vaginal discharge during childhood was outlined and in the same way, its principal characteristics, diagnosis and treatment were stressed.

INTRODUÇÃO

O corrimento vaginal é a queixa ginecológica mais comum em crianças nas Clínicas Ginecológicas. É muito importante que seja diferenciado o corrimento vaginal fisiológico, do corrimento causado por agentes etiológicos que ocasionam diferentes formas clínicas, comumente denominadas de vaginites ou vulvovaginites.

Tem havido um crescente interesse acerca dos agentes etiológicos, como também das seqüelas das vaginites. Vários agentes infecciosos podem determinar sérios riscos à saúde da criança, talvez até ao seu futuro reprodutivo. Além disso, o diagnóstico de doenças sexualmente transmissíveis deve justificar a investigação de abuso sexual.

O clínico deve se lembrar que o sucesso do tratamento depende do conhecimento da etiopatogenia e do correto diagnóstico, assim como do adequado esclarecimento à paciente para aumentar sua adesão ao tratamento sugerido.

CORRIMENTO VAGINAL FISIOLÓGICO

Na recém-nascida o epitélio vaginal que se encontra estimulado pelos estrógenos maternos, é espesso, rico em glicogênio, com um pH entre 4 e 5 e onde há predomínio dos *Lactobacillus spp.* Pode existir ao nascer e durante o primeiro mês de vida, um abundante corrimento vaginal fisiológico (7). Esse material é composto de muco endocervical e células

epiteliais cérvico-vaginais descamativas. Com alguma frequência esse material torna-se manchado de sangue após poucos dias do nascimento, em decorrência do decréscimo do es-

timulo hormonal (4). Tanto o corrimento como o sangramento desaparecem em cerca de uma semana, constituindo-se em condição fisiológica, que não requer tratamento.

Na infância, com o desaparecimento dos estrógenos maternos, o epitélio vaginal se atrofia, desaparece o glicogênio e a vagina tem um pH entre 7 e 7,5, determinando uma variada flora polimicrobiana habitual (*Diphtheroides*, *Streptococci* alfa-hemolítico, *Escherichia coli*, *Klebsiella*, *Staphylococci* coagulase positivo).

No período pré-puberal, inicia-se a produção de estrógenos pelos ovários, tornando o pH vaginal novamente ácido e reaparece o *Lactobacillus spp.* Dessa forma, se observa um intenso corrimento fisiológico, que deve ser diferenciado do corrimento infeccioso. O corrimento é mucoide e branco-amarelado, não é irritante e não tem mau cheiro.

O esclarecimento dessas condições fisiológicas para a paciente e sua família é muito importante para tranquilização e prevenção de tratamentos excessivos ou desnecessários de uma suposta vaginite patológica.

ETIOLOGIA INFECCIOSA DAS VULVOVAGINITES

Vulvovaginites Não Específicas

A vulvovaginite não específica é responsável pela maioria das vulvovaginites na infância. Estão envolvidos os mesmos microorganismos da flora endógena que se tornam agressivos quando se altera a integridade da mucosa (flora polimicrobiana habitual) ou quando se rompe o equilíbrio ecológico entre os microorganismos (flora única predominante).

Fatores irritantes físicos ou químicos, como a má higiene, seja ela excessiva ou inadequada, principalmente da região perianal, acarretando contaminação da vulva com microorganismos intestinais, masturbação, oxiúriase, etc, associado ao hipoestrogenismo e conformação anatômica própria da criança, facilitam ao

desencadeamento da patologia pelos microorganismos banais. O desequilíbrio da flora endógena transforma em patógenos os microorganismos que em pequena proporção são inócuos.

Na Oxiuriase, o prurido anal e vulvar são característicos. Estão associados ao sono intranquilo. As larvas do *Enterobius vermicularis* podem transportar a *Escherichia coli* ou outras bactérias intestinais para a vagina, causando a vulvovaginite.

As vulvovaginites secundárias a corpo estranho, por introdução na vagina de vários objetos como: papel higiênico, grampos, botons, moedas, alfinetes, se apresentam com corrimento purulento ou serohemático, geralmente acompanhado de odor fétido.

Outros fatores também são considerados como precursores das vulvovaginites inespecíficas, como: infecções respiratórias, infecções da pele, infecção do trato urinário e outras vias desconhecidas de infecção.

A vulvovaginite pode ser causada por transferência de material infeccioso do trato respiratório superior pela própria criança quando a mesma se apresenta com infecção respiratória aguda.

Quando a criança tem lesões de pele e estas se apresentam com infecção, pode haver contaminação da vulva, através da manipulação dos órgãos genitais. Geralmente a criança apresenta o corrimento vaginal antes da cicatrização das lesões da pele. Parece que é muito pouco frequente infecções do trato urinário causarem vulvovaginites (5).

O padrão etiopatogênico provavelmente é o inverso nos casos em que existe associação de vulvovaginite e infecção urinária. Em muitos casos, quando ambas as infecções estão presentes, torna-se impossível determinar qual foi a primária.

Vulvovaginite Fúngica

A infecção vaginal por *Cândida* não é frequente na infância. Na presença de vulvovaginite por *Cândida* devemos investigar sobre o uso de antibióticos, diabetes mellitus e diminuição da função imune.

O contágio pode ser através de eczema ou intertrigo, ocorrendo invasão da região perineal

Estudos sobre abuso sexual em crianças, mostraram 5-20% de infecção por Neisseria gonorrhoeae.

pela *Cândida albicans* ou através da contaminação vulvar com material fecal.

Vulvovaginite por Tricomonas

A frequência de vulvovaginite por *Trichomonas vaginalis* aumenta gradualmente com o progredir da infância, sendo raramente encontrada em crianças menores de oito anos de idade (2), já que prefere epitélios estrogenizados. No entanto, tem sido descrito casos em recém-nascidas de mães infectadas (6).

Na infância compromete não somente a vagina, como também a uretra e a bexiga.

Vaginite e Vaginose Bacteriana

A presença de *Gardnerella vaginalis* pode ser um achado ocasional em crianças pré-púberes assintomáticas. O quadro de vaginite bacteriana em que a *Gardnerella* se associa com a flora anaeróbia parece ser mais frequente em crianças vítimas de abuso sexual.

Gonorréia

Estudos sobre abuso sexual em crianças, mostraram 5-20% de infecção por *Neisseria gonorrhoeae* (3).

Embora raros casos de infecção gonocócica de transmissão não sexual em crianças tenham sido relatados (1), todas as crianças com infecção gonocócica devem ser avaliadas quanto a possibilidade de abuso sexual.

A Gonorréia aguda tipicamente causa severa vulvovaginite com corrimento purulento, mas cerca de 50% dos casos são assintomáticos. Na fase crônica o corrimento é seroso e escasso, com episódios intermitentes de maior descarga purulenta.

Clamídiase

A ocorrência de infecção pela *Chlamydia trachomatis* na infância pode ser explicada por infecções das vias aéreas transmitidas por secreções contaminadas com o contato familiar, por abuso sexual ou por contaminação no período perinatal.

Na infância a forma crônica com sintomatologia intermitente é a mais frequente, mas a vulvovaginite aguda sintomática também pode ocorrer.

ABORDAGEM DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA

Quando atendemos uma criança com corrimento vaginal, o primeiro passo é a caracterização do mesmo, no sentido de determinarmos se esse corrimento tem aspecto fisiológico ou não, como também a identificação de características típicas do corrimento por determinado agente etiológico.

Características do Corrimento Vaginal

Candidíase: Corrimento branco, em grumos, associado a intenso prurido e vulvite.

Tricomoniase: Corrimento abundante, amarelo ou amarelo-esverdeado, espumoso, com odor fétido, podendo estar acompanhado ou não de prurido.

Vaginite Bacteriana: Corrimento fluido, branco, com odor fétido, associado ou não a prurido.

Gonorréia: Corrimento purulento abundante, amarelado.

Clamídiase: Corrimento muco-purulento.

De forma paralela à caracterização do corrimento vaginal devemos proceder o exame clínico-ginecológico cuidadoso, objetivando detectar sinais que auxiliem no diagnóstico e na conduta a ser tomada.

O exame clínico da criança inclui a observação da higiene do corpo como um todo, mas principalmente das mãos, que podem servir como veículo para contaminação dos genitais.

Também inclui a determinação de doenças infecciosas do trato respiratório.

No exame ginecológico, o primeiro aspecto a ser avaliado é a higiene dos genitais, como a presença de detritos, fezes ou resto de creme, que favorece as infecções inespecíficas. Sinais clínicos de eritema, edema ou escoriações podem servir para suspeita etiológica do corrimento vaginal, desde que esses sinais são muito freqüentes em infecções fúngicas. Devem ser investigados sinais de trauma, que quando presentes sugerem a possibilidade de abuso sexual.

Associado ao exame clínico-ginecológico, é de muita importância o interrogatório direcionado, abordando as seguintes questões que favorecem a suspeita de infecção inespecífica:

O relato de corrimento vaginal associado a presença de sangue sugere infecção por Shigella ou infecção por introdução de corpo estranho na vagina.

como é realizada a higiene perineal, qual o tipo de roupas que usa, hábitos urinários e intestinais, disúria, história de infecções ou uso recente de medicações, também infecções em

membros da família, uso de banhos de espuma, brincadeiras em areia, contato íntimo com animais, atividades esportivas e hábito de masturbação.

O relato de corrimento vaginal associado a presença de sangue sugere infecção por *Shigella* ou infecção por introdução de corpo estranho na vagina.

O prurido anal é um forte indicador de Oxiuriase, favorecendo infecção vaginal.

Como a maioria dos corrimentos na infância são causados por infecções inespecíficas, secundárias à má higiene perineal ou a Oxiuriase, a nossa conduta na primeira consulta é fazer a orientação da higiene perineal e tratamento da doença primária. Também solicitamos o exame com a Fita Gomada para detecção da Oxiuriase.

A criança deverá retornar após 15 dias para reavaliação do caso, baseada na permanência das queixas ou na remissão do quadro clínico. Se no retorno a criança permanecer com corrimento vaginal, colhemos material da vagina para realizar o exame à fresco, Gram e cultura, sendo que para um diagnóstico adequado é necessário que sejam determinados todos os organismos predominantes e realizada a contagem colônia-específica.

TRATAMENTO:

Quando o exame da Fita Gomada é positivo, firmamos o diagnóstico de Oxiuriase e o tratamento é realizado com Pamoato de Pirvínio (5 a 10 mg / kg, em dose única), devendo ser repetido após 3 semanas.

Nas vaginites inespecíficas que permanecem após a melhora das condições de higiene perineal, o tratamento é com Amoxicilina (20 a 40 mg / kg em 3 doses ao dia). Quando os agentes são anaeróbios ou produtores de beta-lactamase devemos associar a Amoxicilina com o Ácido Clavulínico.

As demais infecções vulvovaginais são tratadas da seguinte forma:

Candidíase - Nistatina líquida (1 ml, via vaginal, 3 vezes ao dia)

Tricomoníase e Vaginite Bacteriana - Metronidazol (15 mg / kg / d, em 3 doses, por 7 dias)

Clamídiase - Eritromicina (250 mg, 4 vezes ao dia, por 10 dias)

Gonococcia - Ceftriaxone (125 mg, intramuscular, em dose única)

BIBLIOGRAFIA:

- (1) COOPERMAN, M B. Gonococcus arthritis in infancy - a clinical study of 44 cases. *Am J Dis Children*, 1997; 33, 932-948.
- (2) GRAY, L & KOTCHER, E. Vulvovaginitis in childhood. *Clin Obstet and Gynecol*, 1960;3;165.
- (3) GUTMAN, L T. Gonorrhea. In: Feigin R D, Cherry J D, eds. *Textbook of Pediatric Diseases*. Philadelphia: W B Sanders, 1992; 540-552.
- (4) HUBER, A & KALKSCHMID, W. - L'hémorragie physiologique du nouveau-né. *Gynec Prat*, 1972; 23; 69.
- (5) HUFFMAN, J ; DEWHURST, C J & CAPRARO, V J - *The Gynecology of Childhood and Adolescence*. Saunders. Philadelphia, 1981.
- (6) WORWAG, Z - Trichomoniasis in newborn infants. *Ginek Pol*, 1971; 43; 57.
- (7) REY-STOCKER, I - Vulvitis and vaginitis in the infant. *Gynecologia*, 1969; 168; 413.