



Federação Brasileira das Associações  
de Ginecologia e Obstetrícia

# Manual de Orientação Trato Genital Inferior

CAPÍTULO 07  
Vulvovaginites na infância

2010

Este Manual de Orientação foi gentilmente patrocinado pela GlaxoSmithKline (GSK)  
Todo conteúdo deste manual é responsabilidade exclusiva da FEBRASGO



Manual de Orientação  
*Trato Genital Inferior*



Federação Brasileira das Associações  
de Ginecologia e Obstetria

---

*Comissões Nacionais Especializadas  
Ginecologia e Obstetria*

**Trato Genital Inferior**

---

Apoio:



2010

---

# Trato Genital Inferior e Colposcopia

## *Manual de Orientação*



Federação Brasileira das Associações  
de Ginecologia e Obstetrícia

### **DIRETORIA**

Triênio 2009 - 2011

#### **Presidente**

---

Nilson Roberto de Melo

#### **Secretario Executivo**

Francisco Eduardo Prota

#### **Secretaria Executiva Adjunta**

Vera Lúcia Mota da Fonseca

#### **Tesoureiro**

Ricardo José Oliveira e Silva

#### **Tesoureira Adjunta**

Mariângela Badalotti

#### **Vice-Presidente Região Norte**

Pedro Celeste Noletto e Silva

#### **Vice-Presidente Região Nordeste**

Francisco Edson de Lucena Feitosa

#### **Vice-Presidente Região Centro-Oeste**

Hitomi Miura Nakagava

#### **Vice-Presidente Região Sudeste**

Claudia Navarro Carvalho Duarte Lemos

#### **Vice-Presidente Região Sul**

Almir Antônio Urbanetz

---

# Manual de Orientação Trato Genital Inferior

2010



Federação Brasileira das Associações  
de Ginecologia e Obstetria

---

*Comissões Nacionais Especializadas*  
*Ginecologia e Obstetria*  
**Trato Genital Inferior**

**Presidente:** Nilma Antas Neves (BA)

**Vice-Presidente:** Newton Sérgio de Carvalho (PR)

**Secretaria:** Márcia Fuzaro Cardial (SP)

---

## MEMBROS

Adalberto Xavier Ferro Filho (DF)  
Adriana Bittencourt Campaner (SP)  
Angelina Farias Maia (PE)  
Cláudia Márcia de Azevedo Jacyntho (RJ)  
Edison Natal Fedrizzi (SC)  
Garibalde Mortoza Júnior (MG)  
Isa Maria de Mello (DF)  
José Focchi (SP)  
Maricy Tacla (SP)  
Neila Maria Góis Speck (SP)  
Paulo Sérgio Vieira Naud (RS)  
Sílvia Lima Farias (PA)

## COLABORADORES

Adalberto Xavier Ferro Filho (DF)  
Adriana Bittencourt Campaner (SP)  
Angelina Farias Maia (PE)  
Cíntia Irene Parellada (SP)  
Cláudia Márcia de Azevedo Jacyntho (RJ)  
Edison Natal Fedrizzi (SC)  
Garibalde Mortoza Júnior (MG)  
Isa Maria de Mello (DF)  
Joana Fróes Bragança Bastos (SP)  
José Focchi (SP)  
Márcia Fuzaro Cardial (SP)  
Maricy Tacla (SP)  
Neila Maria Góis Speck (SP)  
Newton Sérgio de Carvalho (PR)  
Nilma Antas Neves (BA)  
Paula Maldonado (RJ)  
Paulo Sérgio Vieira Naud (RS)  
Sílvia Lima Farias (PA)

---

# Manual de Orientação Trato Genital Inferior

2010



Federação Brasileira das Associações  
de Ginecologia e Obstetria

---

## *1ª. Reunião de Consenso da FEBRASGO sobre Prevenção do Câncer do Colo Uterino*

São Paulo / SP  
21 de agosto de 2010

---

### **PARTICIPANTES**

Adalberto Xavier Ferro Filho (DF)  
Adriana Bittencourt Campaner (SP)  
Angelina Farias Maia (PE)  
Celso Luiz Borelli (SP)  
Edison Natal Fedrizzi (SC)  
Etelvino de Souza Trindade (DF)  
Francisco Alberto Régio de Oliveira ((CE)  
Garibaldi Mortoza Júnior (MG)  
Gustavo Py Gomes da Silveira (RS)  
Isa Maria de Mello (DF)  
Jesus Paula Carvalho (SP)  
Joana Fróes Bragança Bastos (SP)  
Jurandyr Moreira de Andrade (SP)

Luciano Brasil Rangel (SC)  
Luiz Carlos Zeferino (SP)  
Manoel Afonso Guimarães Gonçalves (RS)  
Márcia Fuzaro Cardial (SP)  
Maricy Tacla (SP)  
Neila Maria Góis Speck (SP)  
Newton Sérgio de Carvalho (PR)  
Nilma Antas Neves (BA)  
Nilson Roberto de Melo (SP)  
Paulo Sérgio Vieira Naud (RS)  
Petrus Augusto Dornelas Câmara (PE)  
Walquíria Quida Salles Pereira Primo (DF)

Manual de Orientação  
*Trato Genital Inferior*

ÍNDICE

Colposcopia normal e alterada _____	9
Ectopia _____	28
Vulvoscopia normal e alterada _____	35
Dermatites vulvares _____	45
Dermatoses vulvares (Liquens) _____	50
Vulvovaginites _____	60
Vulvovaginites na infância _____	94
Herpes genital _____	106
Úlceras genitais (não DST) _____	115
Condiloma _____	122
Alterações citológicas _____	130
Rastreamento do câncer do colo uterino no Brasil _____	144
Conduas em exames colpocitológicos alterados _____	150
Neoplasia intra-epitelial cervical (diagnóstico) _____	156
Neoplasia intra-epitelial cervical (tratamento) _____	167
Lesões glandulares do colo uterino _____	175
Carcinoma microinvasor do colo uterino _____	185
Neoplasia intra-epitelial vaginal _____	193
Neoplasia intra-epitelial vulvar _____	199
Lesão anal HPV-induzida _____	207
Vacinação contra HPV _____	212



Federação Brasileira das Associações  
de Ginecologia e Obstetrícia

*Comissões Nacionais Especializadas  
Ginecologia e Obstetrícia*

**Trato Genital Inferior**







Federação Brasileira das Associações  
de Ginecologia e Obstetria

**FEBRASGO** - Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetria.

**Presidência**

Rua Dr. Diogo de Faria, 1087 - cj. 1103/1105  
Vila Clementino - São Paulo / SP - CEP: 04037-003  
Tel: (11) 5573.4919 Fax: (11) 5082.1473  
e-mail: presidencia@febrasgo.org.br

**Secretaria Executiva**

Avenida das Américas, 8445 - sala 711  
Barra da Tijuca - Rio de Janeiro / RJ - CEP: 22793-081  
Tel: (21) 2487.6336 Fax: (21) 2429.5133  
e-mail: secretaria.executiva@febrasgo.org.br

Este Manual de Orientação foi gentilmente patrocinado pela GlaxoSmithKline (GSK)  
Todo o conteúdo deste manual é responsabilidade exclusiva da FEBRASGO



*Todo conteúdo deste Manual de Orientações pode ser encontrado  
no site: [www.febrasgo.org.br](http://www.febrasgo.org.br)  
Todos os direitos reservados à Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetria*



# VULVOVAGINITES NA INFÂNCIA

## INTRODUÇÃO

A secreção vaginal fisiológica que é freqüentemente encontrada no meio vaginal pode ser originária das tubas uterinas, 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 desequilíbrio entre os diferentes microorganismos que normalmente se encontram na flora fisiológica da vagina, causando então a vulvovaginite.

Do mesmo modo do que ocorre na mulher adulta, as vulvovaginites constituem a afecção ginecológica mais comum da infância, com freqüência de 70 a 80% do total dos casos atendidos. Ocasionalmente freqüente procura de atenção médica pediátrica e/ou ginecológica. Estes especialistas quase sempre se encontram despreparados para orientar os casos, muitas vezes tomando condutas intempestivas, prescrevendo medicamentos sem necessidade, freqüentemente antibióticos de largo espectro. Além da falta de preparo no atendimento destes casos, não há ainda um entendimento claro do complexo meio ambiente vaginal e de sua homeostase e das inter-relações com os mecanismos de defesa do hospedeiro, que são distintos em meninas pré-púberes e naquelas que já menstruaram

<sup>1,2,3,4,5</sup>

## CONCEITO

A vulvovaginite é um processo inflamatório que freqüentemente acomete a vulva e a vagina. Pode apresentar diversas causas determinantes dentre as quais se destacam as infecciosas, as alérgicas, as irritativas, as químicas, traumáticas, dentre outros. Sua apresentação é muito variável, no entanto se expressa habitualmente na forma de corrimento vaginal, prurido, ardor, odor, dor, sangramento e disúria<sup>2,3,4,5</sup>.

Pode ser classificada em inespecífica e específica. Em 70% dos casos a vulvovaginite pediátrica é inespecífica, provocada principalmente por enterobactérias saprófitas. Nestas, nenhum agente etiológico específico é identificado, estando geralmente relacionadas à contaminação secundária local e precariedade de higiene fecal e urinária (ocasionando distúrbio da homeostase bacteriana vaginal). Já as vulvovaginites específicas são causadas por agentes etiológicos específicos, o que ocorre em aproximadamente 30% dos casos na infância. Embora alguns agentes possam ser de transmissão não sexual, quando presentes na infância a possibilidade de abuso sexual deve ser considerada<sup>2,3,4,5</sup>.

## FISIOPATOLOGIA (fatores predisponentes)

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. Estas devem ser conhecidas pelo médico assistente para que a melhor conduta seja tomada.

Em virtude da exposição estrogênica intra-uterina, a vagina da recém nascida apresenta elevada descamação das células superficiais, abundantes em glicogênio; é então colonizada por *Lactobacillus*, 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. A vulva apresenta-se congesta e o clitóris encontra-se desproporcionalmente maior que na infância; seu hímen é espesso e a visualização do meato uretral e do orifício himenal pode ser difícil. A vagina possui uma profundidade de 4 cm e a mucosa é trófica e pregueada, com espessura de 40 a 50 camadas celulares, o corpo do útero está discretamente aumentado de tamanho, o que deve-se ao estímulo estrogênico<sup>1,5,6</sup>.

No período neonatal, há, portanto, aumento do conteúdo vaginal que é a chamada leucorréia fisiológica neonatal, a qual é constituída por células de descamação e muco cervical, que se exterioriza através da genitália externa sob a forma de corrimento claro, inodoro, mucóide e que apresenta pouca ou nenhuma quantidade de piócitos. Essa secreção é comum e tende a desaparecer em 10 a 30 dias. Esta situação geralmente proporciona aos pais momentos de ansiedade e preocupação, porém o exame da genitália da recém-nascida, certificando-se de que não há alterações, e a explicação de que esta é uma situação normal tranqüiliza os pais<sup>1,5</sup>.

A partir do primeiro mês e durante toda a infância, devido à queda dos hormônios sexuais, há uma atrofia na mucosa vaginal a qual se apresenta fina, seca e levemente hiperemiada, com o achatamento das rugosidades vaginais; a mucosa torna-se tensa e pode ser traumatizada com facilidade. Citologicamente são observadas células parabasais e intermediárias e os *Lactobacillus* desaparecem. Não há colonização por lactobacilos, o pH aumenta para 6,5-7,5 (neutro a alcalino) e a flora mista não patogênica aparece. Estas mudanças involutivas podem ocorrer a partir da segunda semana de vida. Assim, esse ambiente morno, úmido e alcalino é um perfeito meio de cultura para o desenvolvimento de microorganismos. Somado a isto, encontramos um ambiente com níveis relativamente baixos de estrogênio, onde um epitélio muito delicado torna-se passível de invasão bacteriana. Dessa maneira, 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<sup>1,5,6</sup>.

Na infância a pele vulvar fina é facilmente traumatizada por agressões físicas, a vulva é desprotegida, visto não ter os pequenos e 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. O clitóris é pequeno (menor que 6mm) e a pequena abertura himenal, que se situa no valor de 0,5 cm, obstrui a saída de secreções vaginais predispondo às infecções. O útero é pequeno e a razão entre cérvix e corpo uterino é de 2:1. Os meios de defesas vulvares e vaginais encontram-se assim debilitados pela falta da função trófica exercida pelos estrogênios<sup>1,2,5,6</sup>.

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. 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.

Algumas vezes as brincadeiras usualmente facilitam o desenvolvimento de uma irritação crônica por areia ou sujeira ou ainda que permitam uma contaminação bacteriana. Ainda, os lábios menores tendem a abrir-se quando a menina fica de cócoras, causando exposição dos tecidos mais sensíveis dentro do anel himenal. A criança expõe muito frequentemente seus órgãos genitais, sentando-se em qualquer local e de maneira descuidada<sup>1,2,5</sup>.

A lavagem inadequada das mãos, 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 criança, devido à sua curiosidade natural de descoberta do mundo e do seu próprio corpo, apresenta risco aumentado de introduzir algum corpo estranho intra-vaginal, porém este muitas vezes pode ser introduzido de forma acidental durante brincadeiras ou cuidados higiênicos<sup>5</sup>.

Uma causa freqüentemente despercebida de vulvovaginite é a urina. A menina, ao tentar se equilibrar durante o ato de urinar, mantém a vagina logo abaixo da uretra durante a micção, podendo ocorrer retenção de pequenas quantidades de urina no interior da vagina, o que causa irritação local, mau cheiro e saída de urina da vagina como uma secreção aquosa. Também devem ser lembradas as fistulas vesico ou uretro-vaginais, bem como os ureteres ectópicos com drenagem no meio vaginal. Outra possível causa facilitadora da vulvovaginite recorrente em meninas pré-púberes é a constipação intestinal; sabe-se que após tratamento da constipação as crianças geralmente permanecem sem sintomas vulvovaginais<sup>1,5</sup>.

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. Infecções de pele e do trato respiratório podem também serem levadas aos genitais por autocontaminação<sup>1,5,7</sup>.

À medida que a puberdade se aproxima, ao redor dos nove anos, a secreção do GnRH (hormônio liberador de gonadotrofinas) tende a aumentar, o que resulta na maturação sexual da menina. Uma leucorréia fisiológica precede a menarca em um período de um

ano a seis meses. Este corrimento é constituído por células vaginais descamativas, transudato e muco cervical e deve-se ao estímulo gonadal, não estando associado a qualquer sintoma irritativo. Deve-se explicar a jovem que este quadro faz parte do processo natural de maturação sexual, geralmente o desenvolvimento das mamas e o estirão puberal ocorrem neste momento<sup>1</sup>.

Dessa maneira é de suma importância o conhecimento da fisiologia e anatomia genitais na infância e suas variações ao longo do desenvolvimento infantil, visto que alterações fisiológicas ou anatômicas comuns podem alarmar os pais para a possibilidade de patologias e infecções genitais e mesmo gerar preocupação a respeito de abuso sexual.

## ETIOLOGIA / MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

### 1) Vulvovaginites inespecíficas:

As vulvovaginites inespecíficas, isto é, aquelas nas quais não se identifica um agente etiológico responsável pela infecção, mas apenas microorganismos integrantes da flora saprófita habitualmente encontrada na vagina, correspondem a 70% dos casos na infância. Geralmente é secundária a precária higiene genital e perineal. O hábito de fazer a higiene anal, de trás para frente, após evacuar, permite o depósito de fezes no vestíbulo vaginal, acarretando vulvovaginite por germes intestinais, além disso, os dedos sujos levam germes para a vulva e intróito vaginal, desencadeando infecção<sup>2,8,9,10,11</sup>.

Alguns casos de vulvovaginite não específica podem ser precedidos de infecções do sistema respiratório ou do tegumento. As mãos contaminadas, geralmente com *Streptococos*, *Enterococos* ou *Proteus*, levam estes germes até os genitais. A infecção urinária também pode desencadear a inflamação dos tecidos da vulva e da vagina devido à passagem de urina contaminada durante a micção. O *Haemophilus influenzae* é outro agente responsável por parte dos quadros inespecíficos, e a vacinação para a gripe tem diminuído esse achado<sup>3,8,9,10,11</sup>.

Na vulvovaginite inespecífica a sintomatologia é geralmente 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 70% dos casos relatos. A *E. coli* é a mais encontrada com a vulvite, bem como *Streptococcus*  $\beta$ -hemolítico e *Staphylococcus* coagulase positivos<sup>3,8,9,10</sup>.

É importante lembrar que algumas vezes a persistência do corrimento vaginal, mesmo

após emprego de terapia adequada, pode estar relacionada à manifestação de cervicites, ectopias congênicas ou de tumor de vagina ou colo, merecendo investigação mais detalhada

Em pacientes jovens com corrimento mal cheiroso, purulento e muitas vezes com sangue, deve-se pensar na presença de corpos estranhos no meio vaginal, tais como papel higiênico, algodão e brinquedos (o papel higiênico é o corpo estranho mais comumente encontrado e a criança nega veementemente sua colocação). Os mesmos contidos em ambiente úmido, aquecido e com pH elevado sofrem contaminação secundária propiciando a proliferação bacteriana local seguida de corrimento. Algumas vezes o processo inflamatório chega a ocasionar fissuras ou úlceras na mucosa vaginal seguido de sangramento. O diagnóstico deve ser sempre suspeitado quando da presença de corrimentos fétidos e persistentes e é realizado pela visualização direta do mesmo através de vaginoscopia. O tratamento consiste em sua simples remoção e utilização de antibioticoterapia tópica<sup>3,6,8</sup>.

## 2) Vulvovaginites específicas:

As vulvovaginites específicas correspondem à infecção vulvovaginal por microorganismos conhecidos, os quais determinam quadro clínico característico. A *Gardnerella vaginalis* é o microorganismo mais freqüentemente cultivado em crianças, seguida pela *Candida SP* e *Trichomonas*. Outros microorganismos identificados incluem bactérias não sexualmente transmissíveis, bactérias sexualmente transmissíveis, enterobactérias, protozoários, helmintos e vírus. O tratamento depende do microorganismo envolvido<sup>3,6,8,9,10</sup>.

Não é o intuito deste capítulo discorrer sobre o quadro clínico relacionado a cada agente específico, mas sim os dados relevantes e sintomas específicos relacionados à infecção destes agentes na infância.

A *Candida albicans* parece preferir ambiente estrogenizado, não representando agente causador habitual de vulvovaginites em meninas pré-púberes. Para se desenvolver nos genitais este fungo necessita da presença de glicogênio, ocasionando acidez vaginal, explicando-se assim a sua maior incidência em meninas acima dos dez anos de idade, quando do início da puberdade. No entanto, a sua ocorrência na infância está principalmente associada à diabetes mellitus, uso de fraldas, estados de imunossupressão (por doenças ou induzidos), uso de antibióticos, ingestão de grande quantidade de doces. Os sinais e sintomas se assemelham àqueles observados em pacientes adultas; observa-se geralmente corrimento genital branco, grumoso, com prurido genital intenso,

hiperemia vulvar e ardor à micção<sup>3,12</sup>.

O diagnóstico é feito pela história e exame físico, pelo exame a fresco ou com a utilização de KOH. A cultura isolada não é diagnóstica visto que este fungo pode fazer parte da flora vaginal habitual. O tratamento inclui cremes tópicos de antifúngicos ou imidazólicos por 10 noites seguidas (os mesmos devem ser aplicados no interior do ambiente vaginal utilizando-se aplicador próprio para crianças – prolongador de pequeno calibre que passa facilmente pelo orifício himenal). A violeta genciana líquida também pode ser utilizada no meio intra-vaginal nesta faixa etária com bons resultados. As soluções orais não têm sido bem documentadas para uso em crianças. Ao contrário da vulvovaginite, 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<sup>3,12</sup>.

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 durante ou algum tempo após o quadro de diarreia (a qual apresenta sangue, muco e pus nas fezes), associada à febre e mal estar. A shigelose em vagina não ocorre quando o pH do meio é inferior a 5,5, sendo mais comum nas fases não estrogênicas. Caso não tratada adequadamente, a vulvovaginite pode persistir por semanas. O diagnóstico é dado pela cultura de fezes para *Shigella* e o tratamento através do uso de antibioticoterapia apropriada com trimetoprim/sulfametoxazol, ampicilina, cloranfenicol<sup>13</sup>.

A *Giardia lamblia* é um protozoário flagelado que parasita o trato gastrointestinal do ser humano, com prevalência elevada nas crianças de 1 a 12 anos. Manifesta-se com diarreia aquosa ou pastosa, dor epigástrica e síndrome de má absorção. A contaminação é fecal e oral e grande parte dos indivíduos infectados é assintomática, apenas eliminando cistos destes protozoários nas fezes. A contaminação vulvovaginal ocorre por contaminação fecal assintomática<sup>11</sup>.

Em relação ao *Streptococcus β hemolítico do grupo A (S. pyogenes)*, varias 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 à infecção de faringe, sugerindo relação 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, bem como de lesões cutâneas. É responsável por cerca de 10% dos casos de vulvovaginites em meninas pré-pubescentes; sua incidência vem aumentando em frequência, sugerindo reflexo do aumento do número de casos de faringite<sup>14,15</sup>.



O corrimento por este agente tem início abrupto, provoca secreção vaginal clara em moderada quantidade, às vezes sanguinolenta, com importante eritema vulvar, prurido e dor. Pode estar associada à infecção respiratória recente. O diagnóstico é realizado através da cultura em ágar sangue e o tratamento é amoxicilina, penicilinas, cefalosporinas ou eritromicina orais<sup>14,15</sup>.

No caso da vulvovaginite por *Estafilococos*, os sinais e sintomas se assemelham ao agente descrito previamente, com a possibilidade de ocorrência associada de abscessos genitais ou em outras partes do corpo. O diagnóstico é realizado através da cultura e o tratamento realizado com antibioticoterapia oral<sup>14,15</sup>.

A infecção por *Enterobius vermicularis* é muito comum, com elevada incidência em crianças, estando associado à inadequada higiene genital. Os mecanismos de transmissão podem ser diversos e a forma mais comum em crianças é a direta (oral-fecal); a forma indireta (enteroinfecção), 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. A vulvovaginite recorrente desenvolve-se em 20% das meninas infectadas<sup>2,3,16</sup>.

Os sintomas clínicos mais comuns desta helmintíase são o prurido anal, principalmente noturno, situação que pode levar ao desenvolvimento de proctites devido ao ato de coçar intensamente. A vulvovaginite se instala pela irritação e inflamação causadas pelo verme, associada à ação de bactérias intestinais que são carregadas por este helminto. Outros sintomas do tipo gastrintestinais podem estar presentes. O diagnóstico baseia-se na clínica e através da propedêutica subsidiária que proporciona elevada taxa de falso-negativos (o exame que apresenta melhor resultado é o emprego da fita adesiva anal). Dessa maneira prefere-se o tratamento empírico com mebendazol oral 5 ml 2 vezes ao dia por 3 dias ou albendazol 10 ml em dose única (para crianças acima de 2 anos), quando da suspeita desta infecção<sup>2,3,16</sup>.

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 à transmissão perinatal por mães infectadas). Diagnóstico: imunofluorescência direta ou PCR. O tratamento requer o emprego de eritromicina ou azitromicina<sup>7,11,17</sup>.

Já a *Neisseria gonorrhoea* é de transmissão primordialmente sexual (no entanto pode ser transmitida pela mãe durante a passagem pelo canal de parto e se manifestar no período perinatal). O período de incubação varia de 2 a 5 dias. Infecta a vulva e a vagina das

meninas produzindo vulvite e vaginite severas com corrimento em quantidade e de aspecto purulento, geralmente com a vulva edemaciada, eritematosa, dolorosa e escoriada, podendo haver disúria. O diagnóstico é sugerido pela bacterioscopia que mostra diplococcus gram negativos e pela cultura em meio de Thayer Martin. O tratamento para crianças com menos de 45kg é feito com 125mg IM de ceftriaxone em dose única<sup>7,11,17</sup>.

Em relação à *Trichomonas vaginalis*, a mesma é em geral de transmissão sexual, embora este agente possa sobreviver algumas horas em ambientes úmidos. Apesar de o epitélio vaginal ser atrófico em crianças não sendo favorável ao crescimento deste agente, este parasita pode ocasionar sintomas locais nesta faixa etária. 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 na dose de 10 a 30 mg/kg/d em três tomadas por sete dias<sup>7,11,17</sup>.

Quanto à *Gardnerella vaginalis*, sua transmissão sexual é controversa, devendo-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<sup>7,11,17</sup>.

## DIAGNÓSTICO

### Anamnese

Em relação às vulvovaginites, a abordagem da criança é diferente daquela usada em adultas. Geralmente a mãe relata parte ou toda a história, porém a paciente deve ser incluída na interação inicial. Na maioria das vezes os sintomas já estão presentes há dias, semanas ou meses, de forma intermitente, ou a criança já recebeu vários medicamentos prescritos por médicos ou leigos sem obter efeito satisfatório. Dessa maneira, o ginecologista vai se deparar com uma paciente cuja mãe já esgotou a maioria dos recursos na assistência à filha, e mostra-se ansiosa e angustiada com a possibilidade da criança estar sendo vítima de abuso sexual, estar apresentando uma doença sexualmente transmissível (DST) ou corpos estranhos, ou mesmo que o corrimento possa repercutir futuramente na sua capacidade de procriação<sup>3</sup>.

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. O sucesso do tratamento depende, além do correto diagnóstico etiológico da patologia, do minucioso esclarecimento à família da importância e consequência do mesmo<sup>3</sup>.

Durante a anamnese deve focalizar aspectos que possam favorecer o diagnóstico etiológico, inquirindo sobre a duração, quantidade, consistência, cor e ou odor intenso e desagradável da secreção vaginal e sintomas associados (irritação, prurido, ardor ao urinar, edema e hiperemia locais e sangramento). Os aspectos comportamentais devem ser pesquisados: hábitos urinários e intestinais incorretos como limpeza genital de trás para frente, manipulação genital com mãos sujas, pequenos traumas e fissuras ocasionados por pequenos corpos estranhos adquiridos acidentalmente nas brincadeiras infantis (areia, terra). Além disso, o uso de roupas apertadas e pouco absorventes, tipo de fralda, ou mesmo xampus e sabonetes utilizados em banhos de banheira podem concorrer para irritações vulvovaginais<sup>3</sup>.

História progressiva de infecções sistêmicas na paciente (principalmente vias aéreas superiores, gastrointestinais, dermatológicas), ou reações alérgicas também devem chamar a atenção. Indiretamente investigar a possibilidade de abuso sexual inquirindo sobre quem cuida da criança na maior parte do tempo, presença de estranhos e parentes que morem junto procurando identificar uma variedade de queixas comportamentais e somáticas como: distúrbios do sono, dor abdominal, enurese, fraco desempenho escolar, cefaléias ou comportamento suicida freqüentemente presentes em crianças vitimizadas sexualmente denominadas "indicadores" de abuso sexual<sup>3</sup>.

## Exame físico

Inicia-se o exame pela avaliação do estado geral, bem como exame dos diversos aparelhos. O conhecimento do desenvolvimento puberal é importante para a avaliação do estágio de desenvolvimento das mamas e pelos, reconhecendo o seu aparecimento precoce. A presença de eritemas cutâneos, infecções respiratórias, evidência de infestações, equimoses ou sinais de trauma recente devem ser observados e anotados, assim como unhas compridas e/ou sujas (principalmente nas queixas vulvovaginais). Durante o exame deve-se prestar atenção a qualquer doença dermatológica coexistente, as quais podem se manifestar inicialmente na pele da vulva, ocasionando irritação vulvar<sup>6,18</sup>.

O exame cuidadoso da genitália externa permite boa visualização do intróito, anel himenal e terço inferior da vagina, sendo assim, o instrumental pode ser dispensado na maioria dos exames. Deve-se observar a higiene ou achados sugestivos de interferência sexual. Baseando-se na história da paciente é que o médico irá determinar se apenas a inspeção externa será realizada ou se será necessária uma visualização mais completa do canal vaginal. O cérvix, útero e ovários não são avaliados rotineiramente, a menos que haja sinais e sintomas que levem à suspeita de uma neoplasia ou corpo estranho<sup>6,18</sup>.

No exame clínico devem ser pesquisados a presença de edema, hiperemia, escoriações, fissuras, bem como a presença de fezes ou secreções interlabiais, o que chama a atenção para a higiene inadequada. Frequentemente não se observa nenhuma secreção e não existem sinais de inflamação apesar da queixa referida pela mãe. A presença de secreção visível, sem sinais ou sintomas de inflamação podem ser consideradas normais (fisiológicas) em 2 situações: na recém nascida e no período da pré-menarca<sup>6,18</sup>.

### Exames complementares

Sempre que possível amostras de secreção vaginal para bacterioscopia e exame a fresco devem ser colhidos, utilizando-se para isso um swab (cotonete ou mesmo haste uretral revestida de algodão) umedecido com solução fisiológica para não traumatizar o tecido vaginal hipotrófico. A bacterioscopia fornece dados sobre a frequência de bactérias presentes, sinais de processo inflamatório celular assim como identifica fungos, trichomonas e gardnerella, bem como diversos outros agentes. Importante lembrar que quase 100% da flora normal de crianças é colonizada por lactobacilos (bacilos gram positivos), difteroides e estreptococos alfa hemolíticos (cocos gram positivos), mas também pode-se encontrar, em até 8% dos casos, a presença de E. coli (Bacilo gram negativo), em 4% estreptococos beta hemolíticos (Coco gram positivo) e leveduras, e, em 2%, das vezes estreptococos do grupo B e estafilococos (cocos gram positivos)<sup>6,8,19</sup>.

A cultura vaginal somente fornecerá auxílio diagnóstico na presença de sinais evidentes de secreção. Infelizmente a cultura da secreção vaginal muitas vezes não trará benefício, pois mostrará o crescimento de flora mista, não orientando na determinação do agente etiológico no caso das vulvovaginites inespecíficas. A incidência de determinado microorganismo na vagina, identificado através de cultura, não difere estatisticamente em casos de meninas com vulvovaginite inespecífica e em meninas normais. A vagina normalmente abriga uma variabilidade de germes que vivem em equilíbrio com o meio, quando os mecanismos de defesa são diminuídos ou aumenta a agressão bacteriana, seja pelo aumento da virulência ou pelo aumento da população bacteriana desencadeia-se clinicamente a infecção vulvovaginal<sup>6</sup>.

Parasitológico de fezes com pesquisa de oxiúros e urocultura devem fazer parte da rotina de investigação.

Em algumas situações será necessário o emprego de vaginoscopia para avaliação de todo o canal vaginal e a cérvix, bem como ultra-sonografia pélvica, com o intuito de se descartar tumores, corpos estranhos e outros tipos de lesões locais. A vaginoscopia pode ser realizada com o emprego do vaginoscópio ou, mais recentemente, com a utilização de histeroscópio fino que permitirá adequada visualização da cavidade vaginal e cérvix, bem como a retirada de corpos estranhos e biópsias locais quando necessário<sup>6</sup>.

## **Tratamento**

Em relação às medidas gerais, o objetivo principal do tratamento é melhorar a higiene perineal com o intuito de se diminuir a população de bactérias contaminantes provenientes do trato gastrointestinal. 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 diureses 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<sup>5,6</sup>.

Em todos os casos onde exista processo inflamatório local, orientar banhos de assento 2 a 3 vezes ao dia usando sabonetes neutros glicerizados ou anti-sépticos. Aplicação tópica de creme ou pomadas protetoras ou antipruriginoso podem ser prescritos. Em relação à terapêutica específica para cada tipo de vulvovaginites, a mesma já foi descrita previamente e seus respectivos itens<sup>5,6</sup>.

Nas vulvovaginites inespecíficas o tratamento incluiria a melhora da higiene local, com orientação específica de limpeza genital após o ato de evacuar e as micções, o uso de roupas íntimas de algodão branco, a não utilização de roupas apertadas e sintéticas, realização de banhos de assento com benzidamida, chá de camomila ou permanganato de potássio (substâncias antiinflamatórias) e afastar agentes irritantes. O uso de cosméticos, substâncias químicas, e sabões ou detergentes utilizados na lavagem das roupas ou no banho das crianças foram implicados como possíveis desencadeadores da vulvovaginites inespecíficas, devendo ser evitados. Caso a secreção permaneça, realizar exame bacterioscópico e culturas da secreção vaginal e tratar conforme o antibiograma.

Em crianças dá-se preferência pela utilização de medicação tópica, devendo-se para tal empregar “colírios” ou cremes ginecológicos habituais, os quais contenham o antibiótico selecionado (quando da utilização de cremes emprega-se aplicador específico para crianças). O uso de um antibiótico sistêmico de amplo espectro pode determinar uma infecção oportunista da vulva e vagina. As recidivas deste tipo de infecção podem ser freqüentes<sup>3,5,6</sup>.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Malheiros AFA. Vulvovaginites na infância [monografia on line], 2002. Disponível em: <http://www.uff.br/mmi/ped/vulvovaginite.pdf>. Acesso em 10/01/10.
2. Stricker T, Navratil F, Sennhauser FH. Vulvovaginitis in prepubertal girls. *Arch Dis Child* 2003;88:324–326.
3. Joishy M, Ashtekar CS, Jain A, Gonsalves R. Do we need to treat vulvovaginitis in prepubertal girls? *BMJ*. 2005;330(7484):186-8.
4. Kokotos F. Vulvovaginitis. *Pediatr Rev*. 2006;27(3):116-7.
5. Van Eyk N, Allen L, Giesbrecht E, Jamieson MA, Kives S, Morris M, Ornstein M, Fleming N. Pediatric vulvovaginal disorders: a diagnostic approach and review of the literature. *J Obstet Gynaecol Can*. 2009;31(9):850-62.
6. Kumetz LM, Fisseha S, Quint EH, Haefner HK, Smith YR. Common pediatric vulvar disorders: vulvovaginitis, lichen sclerosus, and labial agglutination. on line], 2005. Disponível em: [http://www.medscape.com/viewprogram/4406\\_pnt](http://www.medscape.com/viewprogram/4406_pnt).
7. Kohlberger P, Bancher-Todesca D. Bacterial colonization in suspected sexually abused children. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2007;20(5):289-92.
8. Jones R. Childhood vulvovaginitis and vaginal discharge in general practice. *Fam Pract* 1996; 13(4): 369-372.
9. Cuadros J, Mazón A, Martínez R, González P, Gil-Setas A, Flores U, Orden B, Gómez-Herruz P, Millan R; Spanish Study Group for Primary Care Infection. The aetiology of paediatric inflammatory vulvovaginitis. *Eur J Pediatr*. 2004;163(2):105-7.
10. Randjelović G, Kocić B, Stojanović M, Mišić M, Mladenović V. Bacteriological findings of the vulvar swab specimens from girls with vulvovaginitis. *Medicine and Biology* 2005; 12(3):159–163.
11. Wanderley M, Magalhães EMS, Trindade ER. Avaliação clínica e laboratorial de crianças e adolescentes com queixas vulvovaginais. *RBGO* 2000; 22 (3):147-152.
12. Giusiano G, Rojas F, Toma-Vanacore S, Mangiaterra M. Frecuencia y perfil antifungico de espécies de *Candida* spp. aisladas de exudados vaginales de niñas premenárquicas. *Enferm Infecc Microbiol Clin*.2009;27(7):428.
13. Jasper JM, Ward MA. *Shigella* vulvovaginitis in a prepubertal child. *Pediatr Emerg Care*. 2006;22(8):585-6.
14. Hansen MT, Sanchez VT, Eyster K, Hansen KA. *Streptococcus pyogenes* pharyngeal colonization resulting in recurrent, prepubertal vulvovaginitis. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2007;20(5):315-7.
15. Echeverría Fernández M, López-Menchero Oliva JC, Marañón Pardillo R, Míguez Navarro C, Sánchez Sánchez C, Vázquez López P. Isolation of group A beta-hemolytic *Streptococcus* in children with perianal dermatitis. *An Pediatr (Barc)*. 2006;64(2):153-7.
16. Fontoura ARH. *Enterobius vermicularis*: uma importante causa de vulvovaginites na infância. *Rev baiana saúde publica* 2003; 27(2): 277-286.
17. Girardet RG, Lahoti S, Howard LA, Fajman NN, Sawyer MK, Driebe EM, Lee F, Sautter RL, Greenwald E, Beck-Sagué CM, Hammerschlag MR, Black CM. Epidemiology of sexually transmitted infections in suspected child victims of sexual assault. *Pediatrics*. 2009;124(1):79-86
18. Davis VJ. What the paediatrician should know about paediatric and adolescent gynecology: The perspective of a gynecologist. *J Sex Reprod Med* 2003; 3(3):103-7
19. Beolchi S, Mastromatteo C, Baietti M, Lista G, Facchini M, Nicolini U. Vaginal swab in pediatric age. *Pediatr Med Chir*. 2005;27(3-4):88-90.

2010

Apoio:



Federação Brasileira das Associações  
de Ginecologia e Obstetrícia