

Vulvovaginite alérgica na criança. Relato de casos, tratamento e revisão de literatura

PAULA SILVA DE ABREU MORAES*

INTRODUÇÃO

Crianças portadoras de sintomas vulvovaginais recorrentes e “inespecíficos”, já avaliados pelo pediatra e pela ginecologista, começam a aparecer nos consultórios de alergia após a exclusão de causas infecciosas.

Busca-se um diagnóstico e uma nova modalidade terapêutica.

Neste artigo, apresentam-se três casos de crianças descendentes de pais alérgicos, com vulvovaginite pruriginosa persistente, e ao mesmo tempo sintomas alérgicos nasais. Da mesma maneira que nas mulheres adultas, a mucosa vaginal infantil está apta a responder a um estímulo alérgico.¹ Uma atenção maior para esta possibilidade abre um caminho adicional na abordagem de um grande número de meninas.

PALAVRAS-CHAVE: Vulvovaginite alérgica, vulvovaginite na criança, vulvovaginite por ácaros, candidíase vaginal de repetição.

KEY-WORDS: *Allergic vulvovaginitis, vulvovaginitis in children, vulvovaginitis caused by mites, recurrent vulvovaginitis candidiasis.*

CASO 1

MSC, 7 anos, encaminhada pelo pediatra e pelo ginecologista, com história de prurido e corrimento vaginal inodoro, esverdeado e persistente há quatro anos. A cultura da secreção vaginal foi negativa para *Candida albicans*, *Trichomonas vaginalis*, *Gardenerela vaginalis*, *Mycoplasma*, *Ureaplasma*, bactérias aeróbicas e anaeróbicas. Concomitantemente, apresentava rinorréia aquosa persistente, espirros e prurido nasal. Negava sintomas brônquicos. A anamnese revelou um deficiente controle ambiental para substâncias inaláveis e história de atopia em ambos os pais.

Apresentava facies de atopia, com prega de Denie Morgan, olheiras, cílios muito grandes. O exame da mucosa nasal mostrou rinorréia aquosa, palidez, cornetos normais. Pulmões normais. Pele seca com eczemátides. O exame externo da genitália era normal, com condições higiênicas adequadas. Teste cutâneo de leitura imediata por puntura com antigénios da IPI-ASAC do Brasil mostrou reacção fortemente positiva para poeira domiciliar e dermatofagóides, e negativa para *C. albicans*. Foi realizado controle com histamina e solução excipiente. Solicitado um “swab anal” para pesquisa de oxiúros, o resultado foi negativo.

Foi prescrito um rígido controle ambiental para agentes inaláveis, anti-histamínicos (ceterizina) durante dois meses e beclometasona nasal. Em três meses, a família afirmava ter aderido ao controle ambiental e a paciente apresentava melhora importante dos sintomas vaginais, com regressão quase total da leucorréia. O mesmo aconteceu com os sintomas nasais, persistindo porém em pequena escala a rinorréia aquosa, que regrediu com brometo de ipratrópio tóxico.

CASO 2

PBF, 9 anos, encaminhada pelo ginecologista, com história de prurido vulvovaginal persistente acompanhado de eczema vulvar há dois anos, sem corrimento, ao lado de sintomas alérgicos nasais: prurido nasal, espirros, coriza e obstrução nasal. Os sintomas nasais já duravam quatro anos. Cultura de secreção vaginal negativa para *Candida albicans*, *Trichomonas*, *Mycoplasma*, bactérias aeróbicas e anaeróbicas. Glicemia normal. O “swab anal” para pesquisa de oxiúros foi negativo. Negava sintomas brônquicos e tinha história familiar de atopia.

O exame da mucosa nasal revelou palidez e hipertrofia dos cornetos. Faringe hiperemiada, granulosa. Pulmões normais. Pele normal. O exame externo da genitália mostrou hiperemia acentuada dos grandes e pequenos lábios, do clitóris, vestibulo e intróito vaginal. Escarificações e áreas de liquenificação nos grandes lábios e perineo. Região anal sem alterações. Teste cutâneo de

* Hospital Mater Dei, Belo Horizonte - Brasil

leitura imediata com antigénio da IPI-ASAC do Brasil mostrou reacção fortemente positiva para poeira domiciliar e dermatofagóides; negativa para *C. albicans*. A leitura do teste depois de cinco horas também foi negativa para o fungo. Realizado controle com histamina e solução excipiente.

Foi reforçado o controle de inalantes (que pela anamnese não era tão ruim). Prescrito loratadina por dois meses, beclometasona nasal e compressas da solução para nebulização de cromoglicato a 2% na vulva, uma vez que a paciente já vinha fazendo uso de corticosteróides tópicos, sem melhora definitiva. Após 60 dias, a paciente apresentava regressão total do quadro vulvovaginal e melhora acentuada dos sintomas nasais. A beclometasona foi substituída então pelo cromoglicato.

CASO 3

GBB, 12 anos, encaminhada pela mãe, que era pediatra e portadora de candidíase vaginal de repetição. Temia que a filha "estivesse a seguir pelo mesmo caminho". Relatava intenso prurido vulvovaginal há um ano, acompanhado de corrimento inodoro. Ainda não apresentava sinais de puberdade e já havia passado por três ginecologistas, que excluíram *Candida*, *Trichomonas*, *Gardenerela* e *Mycoplasma*. Foram prescritos poli-microbicidas e corticóides para aplicação local. Sem melhora. A glicemia e a avaliação da função tireoidiana eram normais. Trazia hemograma mostrando sete mil leucócitos com 1100 eosinófilos (15%). O exame parasitológico de fezes colhido no MIF, durante cinco dias, também mostrou-se negativo para protozoários e metazoários. Apesar disso, a mãe administrou albendazol.

Foi um bebé chiador, apresentou asma brônquica até os cinco anos de idade. Começou com quadro de rinite aos oito anos e vinha apresentando piora progressiva, apesar do uso de anti-histamínicos, corticóides tópicos e do controle ambiental adequado (sic). Pai portador de asma e mãe portadora de rinite alérgica.

A paciente apresentava-se irritadiça, dizendo-se desanimada e cansada de ir a médicos. O exame físico mostrou olheiras, palidez da mucosa nasal com hipertrofia de cornetos, pulmões normais, *peak flow* normal. Pele ressecada. Não consentiu no exame físico da genitália. O teste cutâneo de leitura imediata com antigénios de IPI-ASAC do Brasil foi fortemente positiva para poeira domiciliar e dermatofagóides, mas negativo para *Candida albicans* aos 15 minutos e após cinco horas. Realizado controle com histamina e solução excipiente. Um reforço na anamnese revelou que havia mofo no armário onde a paciente guardava suas calcinhas, fato desconhecido pela mãe no momento da consulta e confirmado por telefone mais tarde.

Foi prescrito controle ambiental para inalantes, cromoglicato nasal e em compressas na vulva e imunoterapia com poeira doméstica e ácaros utilizando extratos padronizados da IPI-ASAC do Brasil. O uso de anti-histamínicos por um período maior do que uma semana foi evitado porque a paciente apresentava sinais de obesidade incipiente. O mesmo motivo reforçou a prescrição da imunoterapia. Após 12 meses de tratamento, apresentava melhora acentuada do quadro nasal e vaginal, persistindo discreta secreção vaginal, diagnosticada como fisiológica pela ginecologista.

Observação - Esta paciente não concordou com o exame de genitália e, por respeito ao seu pudor, ele não foi realizado. Os dados para o diagnóstico foram baseados na informação da mãe e da ginecologista (Código de Ética Médica: artigos 56, 57 e 63).

A leitura do teste cutâneo cinco horas após sua aplicação foi efectuada na tentativa de surpreender uma possível fase tardia da reacção imediata, presente em uma pequena percentagem de pacientes, nos quais a reacção mostrou-se negativa aos 15 minutos.

DISCUSSÃO

A mucosa vulvovaginal está perfeitamente apta a responder a um estímulo alérgico, da mesma maneira que as outras mucosas, sendo que estas reacções podem também acometer a genitália das crianças. Esta probabilidade deve ser especialmente aventada se as meninas são portadoras de alguma doença alérgica prévia e se existem antecedentes familiares de atopia.¹

O histórico das alergias vaginais por inalantes nos remete ao primeiro relato, de 1926, quando Joachimovitz² observou secreção vaginal rica em eosinófilos em mulheres com sintomas de polinose. Em 1944, Thomas e Wiksten³ relataram o caso de um paciente, cuja deposição de pequena quantidade de polens na sua parede vaginal produzia alterações na mucosa e produção de secreção aquosa a partir do cérvix.

Em 1948, Mitchell⁴ relatou uma série de 8 crianças, da quais a mais velha tinha 11 anos e todas apresentavam rinoconjutivite polínica associada a vulvovaginite. Os sintomas de ambos os sistemas foram aliviados com imunoterapia. Em 1951, Mulligan⁵ também relatou o caso de uma criança de 8 anos, no qual os sintomas de polinose eram acompanhados de vulvovaginite. Em 1964, Berma⁶ estudou 16 casos de crianças entre 4 a 8 anos que apresentavam sintomas nasais e vaginais apenas na época da polinização, e que apresentaram melhora com a hipossensibilização específica.

Em 1988, Witkin et al.⁷ quantificaram o IgE em resposta a polens na secreção vaginal de mulheres portadoras de candidíase vaginal de repetição, e em 1995, Dhaliwal e Fink⁸ relataram o caso de uma criança de 10 anos que apresentava sintomas nasais e vaginais desencadeados por polens. Equivocadamente, eles afirmaram que eram os primeiros a relatar um caso de vaginite, muito possivelmente causada por polens.

Na maioria desses trabalhos, os autores tecem conjecturas a respeito das vias de sensibilização vaginal: absorção sistêmica após inalação,^{6,8} contacto com roupas e mãos, e mesmo através da ingestão de alimentos contaminados por polens.⁶

Além de polens, relatos na literatura dão conta de outros antigénios, tais como alimentos e drogas que sensibilizam a mucosa vaginal após a ingestão oral ou após contacto sexual com parceiros que os haviam ingerido.^{9,10}

Contactantes são também uma causa importante e não diagnosticada de prurido vulvar, mesmo em sensibilizações a distância.¹¹ Em 1994, Lewis et al.¹² relataram o caso de uma mulher de 35 anos que apresentava prurido vulvar há 15 anos, desde quando começou a tocar violoncelo. Os sintomas melhoravam quando ela tocava com menos frequência. Um "patch" teste mostrou-se positivo para o colofónio. A resina usada para encerrar o instrumento musical continha colofónio; a paciente apresentou regressão total do quadro com a interrupção de seu uso.

Alguns trabalhos sugerem existir substâncias que podem causar reacções mais intensas na vulva do que em outros locais.¹³ Isto nos remete ao esmalte de unha, que causa frequentes reacções na face e poucas nas mãos e pés onde é usado. Outros revelam elevada concentração de determinados compostos na vagina, depois de serem indetectáveis na saliva e no sangue.^{14,15} Existe uma teoria que propõe um mecanismo de contracorrente do fluxo sanguíneo no trato genital feminino, o que em parte explicaria estes eventos.¹⁶

Em extensa revisão de literatura não se encontrou qualquer referência a ácaros sensibilizando a mucosa vaginal, apesar de sua participação na dermatite atópica e em possíveis alergias alimentares.¹⁷ Fica a pergunta: "se polens, alimentos, drogas e contactantes podem, por que ácaros não podem?"

Os casos aqui apresentados e diversos outros que têm surgido mostram evidências indirectas da participação dos ácaros na gênese de sintomas vaginais em crianças. E possivelmente em mulheres adultas também. A história familiar de atopia e a presença de rinite em todos eles, com teste cutâneo de leitura imediata positivo para ácaros,

reforçam a hipótese. Uma provocação vaginal fecharia o diagnóstico. Quando interrogados sobre esta possibilidade, todos os responsáveis pelas crianças não concordaram com o procedimento, que obviamente é questionável do ponto de vista ético. No caso de polens, o diagnóstico é bem mais fácil, tendo em vista a sazonalidade dos sintomas. A dosagem de IgE específica para *Dermatophagoides ssp* no lavado vaginal também seria de grande ajuda no diagnóstico de certeza da sensibilização vaginal a ácaros domiciliares.

O tratamento dos três casos apresentados neste trabalho incluiu controle ambiental para inalantes, aqui descritos pela primeira vez no tratamento de vaginites. Os anti-histamínicos foram utilizados nos três casos. Estas drogas foram usadas em todos os casos revistos, com resultados variáveis.^{4,5,6,8}

A imunoterapia com extracto de polens foi usada em todos os casos revistos, com bons resultados, com excepção do caso de 1995,⁸ cujos autores a interromperam devido à pioria dos sintomas vaginais e a reacções sistêmicas. Analisando do ponto de vista histórico, isto coincide com a tendência mundial actual, e especialmente a americana, de se fazer imunoterapia com extractos concentrados e potentes, já iniciando com altas concentrações.

Essa pioria do quadro vaginal com a imunoterapia coincidiu em parte com os resultados do estudo de Moraes,¹⁸ cuja injeção de extractos mais concentrados de antigénios de *Candida albicans* em pacientes portadoras de candidíase vaginal de repetição desencadeou uma série de crises de candidíase em pacientes já controladas e estáveis. Na paciente número 3, a imunoterapia foi utilizada com bons resultados, começando com concentrações mais baixas do que as habituais em virtude das possíveis particularidades de fluxo e de concentração da mucosa vaginal já descritas.

O uso do cromoglicato é preconizado por alguns autores na vaginite por polens¹⁹ e por sémen.²⁰ Aqui ele foi usado improvisadamente, utilizando as ampolas da solução para nebulização em compressas locais. Dworetzky¹⁹ o utilizou da mesma forma em mulheres adultas, usando-o em seringas para instilação intravaginal na vaginite polínica. Na vaginite por sémen, ele foi utilizado na forma de creme a 8%, também intravaginal. A formulação do creme nestas concentrações para aplicação externa é tão dispendiosa que inviabilizou o seu uso nas pacientes aqui estudadas.

O corticóide tópico na vulva foi evitado nos casos apresentados, já que as pacientes o haviam utilizado sem melhora ou com recidiva. Foi empregado topicamente

para aliviar os sintomas nasais em todas elas. No caso de 1995, os autores afirmaram que diante do fracasso da imunoterapia e dos anti-histamínicos, a paciente só obteve controle dos sintomas com corticóide sistêmico durante a estação polínica.⁸

Um outro aspecto fascinante e curioso desse tema é a associação dos sintomas nasais e vaginais, poupando a mucosa brônquica. Isso ocorreu não apenas nesses três casos, mas em todos os casos revistos desde 1944. Algum factor ainda não explicado parece inibir a vaginite na presença da asma ou desencadeá-la quando a asma cessa e vem a rinite. Voltemos à leitura do caso número 3. Isto reforça a tese da existência de uma síndrome naso-vaginal alérgica.²¹

O primeiro autor a falar dessa associação foi o otorrinolaringologista Fliess, em 1895.²² Ele era discípulo e se correspondeu por um longo tempo com Freud, tendo escrito uma obra denominada “Les relations entre le nez et les organes genitaux féminins” (As relações entre o nariz e os órgãos genitais femininos).

Abordando agora a questão da candidíase, vimos que em nenhuma das crianças a cultura da secreção vaginal mostrou-se positiva para o fungo. Também o teste cutâneo de leitura imediata foi negativo em todas elas, excluindo em parte a possibilidade da candidíase alérgica vulvo-vaginal. Isto explica-se facilmente, pois o fungo raramente habita ou causa danos em uma vagina não-estrogénica.²³ Além do mais, a discussão do caso com os ginecologistas confirmou a hipótese: candidíase vaginal não é comum antes da menarca. Mas pode-se deduzir que essas crianças terão maior propensão à candidíase vaginal de repetição em virtude de a vagina já se apresentar como um órgão de choque e de possível hiperreactividade,¹ além do facto de a candidíase pode se instalar secundariamente a um quadro alérgico vaginal.^{1,7}

A história natural da doença mostra que ela costuma ocorrer em pacientes atópicas, especialmente portadoras de rinite, algum tempo depois de elas terem iniciado a actividade sexual genital.²⁴ Contudo, algumas mulheres relatam claramente a ocorrência de sintomas vaginais crónicos, como corrimento e prurido desde a infância. Estes sintomas eram concomitantes aos sintomas respiratórios, e uma longa história de visitas ao ginecologista e aplicações de creme vaginais está quase sempre presente na infância desse subgrupo de pacientes.

O trauma repetitivo da mucosa e o efeito imunossupressor do sêmen na vagina de uma paciente atópica são factores etiopatogénicos importantes, que dão início à longa e frustrante patologia, que se encerra com a menopausa (e consequente baixa de estrogénio), ou

que pode ter o seu curso modificado na maioria das vezes pela imunoterapia com o extracto de *Candida albicans*.²⁵⁻²⁸

Ao lado do estudo retrospectivo dessas mulheres, faz-se absolutamente necessário o estudo prospectivo dessas meninas. Um grande desafio a ser enfrentado seria uma maneira de impedir no futuro o desenvolvimento da candidíase de repetição nessas crianças, e ao mesmo tempo permitir-lhes desfrutar de um convívio sexual normal durante a vida adulta.

Uma bela lição de observação e de tudo o que foi estudado e revisto nos parágrafos anteriores também nos é fornecida através de um livro do século passado. O Dr. Chernoviz era um médico polonês, diplomado pela Universidade de Montpellier, na França, que aqui exerceu a medicina em meados do século XIX. Ao partir, deixou uma obra de medicina popular muito lida no Brasil daquela época de poucos médicos e recursos. Quase toda família brasileira de classe média do início deste século possuía um exemplar do “Diccionario de Medicina Popular e das Ciências Accessórias”.²⁹ As leucorreias eram genericamente denominadas “flores brancas” e, na letra f do dicionário, encontramos os seguintes dizeres:

“São muito comuns nas grandes cidades, e pode-se dizer sem exageração, que elas sós constituem ou determinam mais da metade dos incómodos nas senhoras. Esta moléstia ataca indistintamente as mulheres casadas e as viúvas, podendo às vezes afectar meninas de quatro ou oito anos. As circunstâncias predisponentes são a habitação em lugares húmidos, mal arejados, o abuso dos alimentos lácteos, áqueos, farináceos...

...As flores brancas duram ordinariamente muito tempo: há pessoas afectadas delas toda a vida. É mui difícil curar esta afecção. Para obter este resultado, é preciso mudar as meninas para habitações arejadas e espaçosas...”

AGRADECIMENTO

Ao Prof. Dr. Nelson Mendes, pelas palavras de estímulo e incentivo, fundamentais quando se lida com o “novo”.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Moraes PSA.** Vulvovaginites alérgicas. *Rev Bras Alerg Immunopatol* 1996;19(2):51-4.
2. **Joachimovitz R.** Menstruationsstorungen bei heufieber; eine studie uber anaphylaktisches am uterus. *Med Klin* 1926;22:294 (apud).
3. **Thomas J, Wiksten VP.** Allergy in relation to genitourinary tract. *Ann Allergy* 1944;2:396.
4. **Mitchell W.** Vulvovaginal pruritus associated with hay fever. *Ann Allergy* 1948;6:144.
5. **Mulligan RM.** Pollinosis with intense pruritus vulva. *Ann Allergy* 1951;9:104.

6. **Berman B.** Seasonal allergic vulvovaginitis caused by pollen. *Ann Allergy* 1964;22:594-7.
7. **Witkin SS, Jeremias J, Ledger WJ.** A localized vaginal allergic response in women with recurrent vaginitis. *J Allergy Clin Immunol* 1988;81:412-6.
8. **Dhaliwal AK, Fink JN.** Vaginal itching as a manifestation of seasonal allergic disease. *J Allergy Clin Immunol* 1995;95:781-2.
9. **Simon MR, Tubergen D.** Chronic mucocutaneous candidiasis clinically exacerbated by type I hypersensitivity. *Clin Immunol Immunopathol* 1979;14:56-63.
10. **Green RL, Green MA.** Postcoital urticaria in a penicillin sensitive patient: Possible seminal transfer of penicillin. *J Am Med Assoc* 1985;254:531.
11. **Marren P, Wojnarowska F, Powell S.** Allergic contact dermatitis and vulvar dermatosis. *Dr J Dermatol* 1992;126:52-6.
12. **Lewis FM, Gawkrödger DJ, Harrington CI.** Colophony: an unusual factor in pruritus vulvae. *Contact Dermatitis* 1994;31:119.
13. **Britz MB, Maibach HI.** Human cutaneous vulvar reactivity to irritants. *Contact Dermatitis* 1979;5:375-7.
14. **Rosenzweig M, Wlater M.** Absorption of proteins from the vagina and uterine cervix. *Am J Obstet Gynecol* 1943;42:286.
15. **Sjöberg I, Hakansson S, Holm SE.** Accumulation of penicillin in vaginal fluid. *Obstet Gynecol* 1990;75:18-22.
16. **Bendz et al.** Exchange of krypton 85 between the blood vessels of the human uterine adnexa. *J Reprod Fert* 1979;57:137.
17. **Baggio D, Ambrózio LC, Antilla M.** Ácaros ambientais e as manifestações alérgicas. *Rev Bras Alerg Immunopathol* 1989;12(2):56-66.
18. **Moraes PSA.** Eficácia da imunoterapia na candidíase vaginal de repetição-Estudo prospectivo. *Rev Bras Alerg Immunopathol* 1996;19(1):23-8.
19. **Dworetzky M.** Allergic vaginitis: a case report. *Am J Obstet Gynecol* 1989;161:1752-3.
20. **Jones WR.** Allergy to coitus. *Aust NZ J Obstet Gynecol* 1991;31:137-41.
21. **Moraes PSA.** Estudo da associação entre a candidíase vaginal de repetição e a rinite alérgica. *Rev Bras Alerg Immunopathol* 1995;18(3):85-90.
22. **Fliess W.** As relações entre o nariz e os órgãos genitais femininos. Na tradução francesa de J Guire e P Aush. No livro "O que quer uma mulher" - Serge Andre. *Jorge Zahar Editor*.
23. **Rosenfeld WD, Clark J.** Vulvovaginitis and cervicitis-Adolescent Gynecology-Pediatric *Clin N Amer* 1989; 36(3): 489-97.
24. **Moraes PSA.** Relação sexual: Principal factor desencadeante na candidíase vaginal de repetição. Estudo do tempo decorrente entre o início da actividade sexual e a candidíase de repetição. *J Bras Ginecol* 1996;106(8):295-9.
25. **Rigg D et al.** Recurrent allergic vulvovaginitis. Treatment with *Candida albicans* allergen immunotherapy. *Am J Obstet Gynecol* 1990;162:322-6.
26. **Moraes PSA.** Tratamento imunoterápico na candidíase vaginal de repetição. Estudo prospectivo de 36 pacientes. *J Bras Ginec* 1996;106(5):155-9.
27. **Monteiro F, Loja C, Cavalcanti L, Garces N.** Investigação e tratamento da vulvovaginite recorrente por *Candida* - Análise de 90 casos - Tema livre n.º 99 - Anais do XXV Congresso Brasileiro de Alergia e Imunopatologia. *Rev Bras Alerg Immunopatol* 1996;19(4).
28. **Moraes PSA.** Vacinas hipossensibilizantes na candidíase vaginal de repetição. Quando e por que indicar. *Femina* 1997;25(1):25-7.
29. **Chernoviz PLN.** Dicionário de medicina popular e das ciências acessórias - Para uso das famílias - 6ª ed. *Pariz, A Roger & F Chernoviz*, 1890.

Endereço para correspondência:

Dra. Paula Silva de Abreu Moraes
 Rua Levindo Lopes, 36 s/601
 30140-170 Belo Horizonte, MG