

VULVOVAGINITIS NEONATAL POR TRICHOMONAS VAGINALIS

Presentación de un caso clínico

Seidy Herrera*

Mario Jiménez**

Lorena Chaves¹**

María Teresa Pérez***

INTRODUCCION:

Trichomonas vaginalis puede presentar tres formas clínicas: latente, leve y virulenta.¹ Es un protozoo parásito urogenital que a través de los años ha sido de importancia en medicina. El primero que la describió fue Donne en 1836, citado en^{1,3} en 1942, Trussell reportó el primer caso de infección de un neonato, citado en¹. A partir de entonces hay muchos reportes de infección en las mujeres adultas; es bastante rara antes de la menarquía y los casos en recién nacidos son aún más escasos.³⁻⁴ Su prevalencia varía en forma importante en diferentes grupos de población y se correlaciona con sus condiciones socioeconómicas.²⁻⁴ Parasita el tracto urogenital de hombres y mujeres de todas las razas y climas. Se transmite de persona a persona en estado de trofozoito; no tiene fase quística.⁴ Este flagelado necesita de un habitat especial que no lo proporciona la vagina de las niñas recién nacidas, que tienen un pH alcalino, poco glucógeno e hipostrogenemia.⁵ Durante el período de influencia estrogénica, el recién nacido sería más susceptible a esta infección que en el resto de su período prepupal.¹⁻⁵ En la toma de la muestra para investigar *Trichomonas vaginalis* se recomienda usar dos aplicadores de algodón estériles; uno se introduce en solución salina y debe examinarse inmediatamente, antes de que el parásito pierda su movimiento característico. Con la otra torunda se puede cultivar en el medio de Feinberg, el cual se incuba a 37°C y se lee de 24 a 48 horas después; éste sin embargo no es un método de rutina.³⁻⁴

REPORTE DEL CASO CLINICO:

Se trata de una niña de 20 días de edad de 3.000 gramos de peso, alimentada exclusivamente con leche materna, producto de sexta gesta de una madre de 25 años de edad, por parto intradomiciliario. Ingresa en el Servicio de Pediatría del Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño de Liberia, Guanacaste, Costa Rica; por un cuadro de tres días de evolución de fiebre y un absceso en

región submentoneana izquierda, que drenaba espontáneamente. A los seis días de hospitalización en un examen rutinario de orina, se reporta la presencia de *Trichomonas vaginalis*. La paciente presenta eritema vulvar, con secreción amarilla transparente moderada por introito.

ESTUDIOS DE LABORATORIO:

Examen general de orina donde se encuentra la presencia de *Trichomonas vaginalis* y 10 leucocitos por campo de 450 D.

Frotis vaginal: Positivo por *T. vaginalis*; y leucocitos; no se observan blastosporas ni *Neisseria sp.*

Frotis perianal: Positivo por *T. vaginalis*; no hay leucocitos ni otros parásitos.

Frotis de fosas nasales: Abundantes leucitos, blastosporas y pseudomicelios.

A la madre se le practica frotis de fondo de saco, cuello uterino, encontrándose abundantes leucocitos y abundantes *T. vaginalis*. No se hizo urocultivo, ni obtención de muestra de orina por punción vesical para buscar el flagelado en vejiga. En los controles realizados post-tratamiento se encontraron frotis vulvar negativo por *Trichomonas vaginalis*, tanto en la niña como en su madre.

TRATAMIENTO:

Se le dio metromidazole a 15 mg/kg en 3 dosis vía oral, por 10 días,⁵ además de oxacilina para su problema infeccioso, el cual evolucionó satisfactoriamente.⁴ A los padres se les dio una única dosis de 2 gramos de tinidazol por vía oral.

DISCUSION:

Se espera que ante la presentación de este caso, se motive en nuestro medio una mayor investigación de *Trichomonas vaginalis* en el neonato, ya que la literatura no reporta series grandes. La incidencia de vaginitis neonatal por *T. vaginalis* varía según la población estudiada. Al-Salihi y colaboradores encontraron 3 casos en 984 recién nacidos analizados: uno mediante frotis directo y

* Servicio de Emergencia, Hospital Dr. Enrique Baltodano, Liberia, Guanacaste, Costa Rica.

** Laboratorio Clínico, Hospital Dr. Enrique Baltodano, Liberia, Guanacaste, Costa Rica.

*** Servicio de Pediatría, Hospital Dr. Enrique Baltodano, Liberia, Guanacaste, Costa Rica.

los otros dos mediante cultivos, para dar una incidencia de 0,1 por ciento y 0.6 por ciento respectivamente.¹ La madre de nuestro caso clínico estaba alimentando a su hija exclusivamente con leche materna, con la posibilidad de que el aumento de estrógenos en la paciente estaba dado por la lactancia. En el caso analizado y de acuerdo con la clasificación que hace Al-Salihí y colaboradores,¹ se puede decir que esta paciente era portadora de una tricomoniasis vaginal "moderada" y "virulenta", la de su madre. Se concluye la importancia de buscar *Trichomonas vaginalis* en controles prenatales y en los neonatos, ya que en nuestro medio es problema epidemiológico que no se diagnostica con la frecuencia que en realidad debe existir, por pasar inadvertido como infección, ya que no es raro observar secreciones en el neonato, lo cual es normal hasta las dos semanas de edad.

RESUMEN:

Se presenta un caso de vulvovaginitis neonatal producida por *Trichomonas vaginalis* en una niña de 20 días de edad, quien se contaminó al pasar por el canal vaginal infectado de su madre. Se hace una revisión de la literatura disponible; y además un breve comentario sobre el agente etiológico, haciendo énfasis en la importancia de su diagnóstico.

SUMMARY:

A case of newborn vulvovaginitis caused by *Tricho-*

monas vaginalis is found in a 20 day-born girl, who was infected as she passed through the contaminated vaginal canal of the mother. All the available literature is listed; a brief control of the ethiological agent is made and the importance of its diagnosis is discussed.

BIBLIOGRAFIA:

1. Al-Salihí F.L., Curran J.P., Wang J.S., Neonatal *Trichomonas vaginalis*. Report of Three Cases and Review of Literature. J. Pediatrics. 1974; 53: 196-200.
2. Aronson A.S., Spenninsen N.W. Screening for Urinary Tract Infection in Newborn Infants. J. Pediatrics. 1973; 83: 509-510.
3. Faust E.C., Russell P.F., Jung R.C. Parasitología Clínica. Primera Ed. Salvat Editores S.A. Barcelona 1974; 64-68.
4. Lennette E.H., Balows A., Hausler W. J., Truant J.P. Manual of Clinical Microbiology 3th Ed. American Society for Microbiology, Washington D.C. 1980; 582-583, 590.
5. Mc Cracken G.H., Nelson D.J. Antimicrobial Therapy for Newborn. Monographs in Neonatology. Grune y Stratton. N.Y. N. Y., 1980; 137-140.