



REVISIÓN DE VULVOVAGINITIS, A PROPÓSITO DE UN CASO

M^a Jesús López Nieves (MIR de Pediatría)

Josefa Plaza Almeida (Miembro del GPI AEPap)

Cs: Zona 8 (Albacete)

NUUESTRO CASO, PRIMERA VISITA



MOTIVO DE CONSULTA

Prurito vulvovaginal.



ANTECEDENTES PERSONALES

-Embarazo controlado que cursó con diabetes mellitus gestacional con tratamiento dietético. Parto eutócico a las 39 semanas de edad gestacional. Meconiorrexia y diuresis en las primeras 24 horas de vida. Detección de metabopatías negativa. OEA normales. Desarrollo psicomotor normal.

-Vacunación según calendario vacunal.

-Diagnosticada de anorexia infantil a los 5 meses de edad, resuelta a los 16 meses de edad

-Se le realiza analítica para estudio de enfermedad celíaca a los 3 años, por presentar su madre enfermedad celíaca, con resultado: HLA + y AC antitransglutaminasa -.



ANAMNESIS

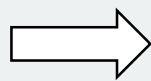
Niña de 4 años que acude a consulta por prurito vulvar de varios días de evolución. Los acompañantes refieren que no ha presentado síndrome miccional, secreción, diarrea previa, fiebre, ni otra sintomatología.

NUESTRO CASO, EXPLORACIÓN FÍSICA

- Orofaringe: normal, sin lesiones aftosas. Abdomen a nivel, blando y depresible, no doloroso a la palpación, sin masas ni megalias. Pulsos femorales presentes y simétricos. No adenopatías inguinales.
- Genital: Presenta eritema a nivel de labios mayores y menores, con lesiones excoriativas de rascado en labios mayores, y varias erosiones superficiales menores de 0.5 cm en labios menores. Lesiones pápulo-eritematosas satélites en zona perineal. No presenta flujo ni secreción. Zona perianal sin edema ni eritema.



Pruebas
complementarias
que realizamos



- Toma de muestra de exudado vaginal para realización de tinción de Gram y estudio microbiológico.
- Toma de muestra con cinta adhesiva de zona perianal (Test de Graham).

VULVOVAGINITIS

➤ Prurito genital externo, quemazón, eritema o rash. Acompañado o no de flujo o sangrado.

Se trata del problema ginecológico más frecuente en las niñas prepúberes

- Mucosa anestrogénica atrófica.
- pH alcalino.
- Menor protección del introito vaginal (por los labios mayores con escaso desarrollo y ausencia de vello pubiano).
- Proximidad anatómica del ano.
- Efecto de productos irritantes locales.
- Extensión de bacterias respiratorias o fecales debido a malos hábitos higiénicos.

ETIOLOGÍA

- MAYORÍA → vulvovaginitis inespecíficas con flora mixta bacteriana.
- MENOR FRECUENCIA → bacterias patógenas específicas:
 - Estreptococo beta-hemolítico del grupo A (EBHGA, *Streptococcus pyogenes*)
 - *Haemophilus influenzae* tipo b
 - *Staphylococcus aureus*
 - *Shigella* sp
 - *Enterobius vermicularis*

OTRAS POSIBILIDADES A TENER EN CUENTA...

- Oxiuros.
- Introducción de cuerpos extraños (Imagen 1).
- Cándida albicans (Imagen 2).
- Enfermedades de transmisión sexual (investigar posibilidad de abuso).
- Leucorrea fisiológica (se incrementa 6-12 meses antes de la menarquia).
- En caso de lesiones orales: enfermedad de Behçet.
- Enfermedad periorificial granulomatosa (Imagen 3).
- Dermatitis perianal estreptocócica.
- Esclerosis liquenoide (Imagen 4).
- Psoriasis.
- Dermatitis de contacto.
- Dermatitis atópica.





PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

PRUEBAS DE MICROBIOLOGÍA

Síntomas leves: no son necesarias PC.

Si leucorrea, sintomatología importante o no mejoría con el tratamiento sintomático inicial:
Cultivo de la secreción vaginal

EXPLORACIÓN GINECOLÓGICA si se sospecha la presencia de un cuerpo extraño intravaginal

TRATAMIENTO

PREVENCIÓN

- Higiene perineal adecuada, evitando el uso de esponjas en esa zona.
- Ropa interior de algodón.
- Evitar prendas de ropa ajustadas (leotardos, vaqueros estrechos, trajes de baño húmedos...).
- Evitar jabones perfumado y desodorantes.
- No utilizar suavizantes ni secadoras para el lavado de la ropa interior.

MEDIDAS GENERALES

- Baños de asiento (un baño con agua tibia a intervalos de 15 minutos).
- Aplicación externa de cremas emolientes indicadas para la dermatitis del pañal, o vaselina.
- Medidas de prevención anteriores.

ESPECÍFICO

Los antibióticos de elección en cada caso se detallan en las tablas siguientes. Cuando se soliciten pruebas microbiológicas, el antibiótico debe elegirse según el resultado del antibiograma.

TRATAMIENTO ESPECÍFICO DE MICROORGANISMOS MÁS FRECUENTES

Infecciones específicas	EBHGA		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Penicilina V; dosis: 250 mg/12 horas si <12 años y 500 mg/12 horas si ≥12 años de edad; durante 10 días, VO 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Amoxicilina, 50 mg/kg/día, en 3 dosis, durante 10 días, VO ▪ Si alergia a beta-lactámicos: Eritromicina 40 mg/kg/día, en 3 dosis, durante 10 días, VO
	<i>H. influenzae</i> tipo b	No productor de beta-lactamasas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Amoxicilina 50 mg/kg/día, en 3 dosis, durante 10 días, VO 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alergia a beta-lactámicos: Eritromicina 40 mg/kg/día, en 3 dosis, durante 10 días, VO
		Productor de beta-lactamasas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Amoxicilina / clavulánico 40 mg/kg/día (de amoxicilina), en 3 dosis, durante 10 días, VO 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alergia a beta-lactámicos: Azitromicina 10 mg/kg/día, en 1 dosis (máximo 500 mg/dosis), durante 3 días, VO
	Oxiuros		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mebendazol 100 mg o pamoato de pirantel 10 mg/kg; dosis única, VO (y repetir a las 2 semanas) 	
	<i>Candida albicans</i>		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Clotrimazol crema intravaginal: 1 aplicación diaria, 7-14 días 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Clotrimazol óvulo vaginal de 500 mg dosis única ▪ Clotrimazol óvulo vaginal de 100 mg, 1 al día durante 7 días o cada 12 horas durante 3 días ▪ Fluconazol (1 dosis única de 150 mg), o Itraconazol (200 mg, c/12 horas, 1 solo día), VO ▪ Nistatina



En cuadro leves inespecíficos debe indicarse inicialmente el tratamiento con las medidas generales de higiene. En aquellos casos con **síntomas persistentes o empeoramiento** puede iniciarse **antibioterapia empírica** dirigida a *S.pyogenes* y *H. influenzae* tipo b, con **Amoxicilina/clavulánico 4:1 40 mg/kg/día**, en 3 dosis, durante 7-10 días.

NUESTRO CASO, RESULTADO FINAL

- Cinta adhesiva (Graham): Examen parasitológico negativo.
- Exudado vaginal:
 - Tinción de Gram: ausencia de leucocitos, moderados células epiteliales, escasa flora mixta.
 - Estudio microbiológico: Se aísla **abundante Streptococcus pyogenes**, sensible a ampicilina, clindamicina, eritromicina, vancomicina, cefotaxima.
 - Estudio de Cándida negativa.



En base a los resultados se pauta tratamiento oral con Penicilina V; dosis: 250 mg cada 12 horas durante 10 días, con evidente mejoría a los pocos días de tratamiento.



CONCLUSIONES



- La vulvovaginitis supone el **problema ginecológico más frecuente** en las niñas prepúberes, debido a una serie de factores predisponentes.
- La **mayoría de casos son leves** y responden correctamente al **tratamiento con medidas generales**, sin ser necesaria la realización de pruebas complementarias.
- En casos de **mala evolución o sintomatología grave**, está indicada la realización de **pruebas microbiológicas y el tratamiento específico** del microorganismo causante.
- Uno de los aspectos más importantes respecto a la vulvovaginitis es la **prevención**, con adecuadas medidas de higiene y evitando ropas ajustadas.

BIBLIOGRAFÍA

- Robert M. Kliegman, MD. Capítulo 549: Vulvovaginitis. *Nelson Tratado de Pediatría*. 20 Edición. Elsevier, año 2016.
- Ortiz Movilla R, Acevedo Martín B. Vulvovaginitis infantil. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2011;13:601-9.
- Castellanos Alcarria AJ, Garre Alcázar MC, José Hernáñez-Cuesta MT, García Calleja F, Sánchez Andrada RM, Ojeda Ecuriet JM. Vulvovaginitis por *Shigella sonnei*. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2016;18:161-3.
- Fernández-Cuesta Valcarce MA. Vulvovaginitis (v.2/2008). Guía ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea] [actualizado el 07/05/2008, consultado el 10/01/2019]. Disponible en www.guia-abe.es
- Mantas, P., Rocha, S., Oliveira, E., Lopes, A. (2018, Noviembre). Occult foreign body: A rare cause of recurrent vulvovaginitis. En *Anales de pediatría (Barcelona, España: 2003)*.
- Mandell, Douglas y Bennett. Enfermedades Infecciosas. Principios Y Práctica. Volumen 2. Quinta edición. Editorial Panamericana, año 2002
- Ares Alvarez Ja , Garrido Corro Bb , Alfayate Miguélez Sc . Grupo de Patología Infecciosa de la Asociación Española de Pediatría de Atención primaria. Amoxicilina ácido clavulánico. ¿Qué presentación usamos? ¿Cuál es la dosis? Febrero 2018. Disponible en: <https://www.aepap.org/grupos/grupo-depatologia-infecciosa/contenido/documentos-del-gpi>
- Acosta, R., Rivelli, V., Gorostiaga, G., Celas, L., Mendoza, G., & Aldama, A. (2014). Dermatitis periorificial granulomatosa de la infancia: descripción de un caso. *Dermatología Cosmética, Médica y Quirúrgica*, 12(3), 182-185.