

IRRITACIÓN VULVAR EN LA NIÑA PREPÚBER

Miguel Ángel Fernández-Cuesta Valcarce. Pediatra. CS Juan de la Cierva. Getafe. Madrid.

Correo electrónico: miguelcuesta@gmail.com

Iranzu Esparza Garrido. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Getafe. Madrid.

Correo electrónico: iranzuesparza@hotmail.com

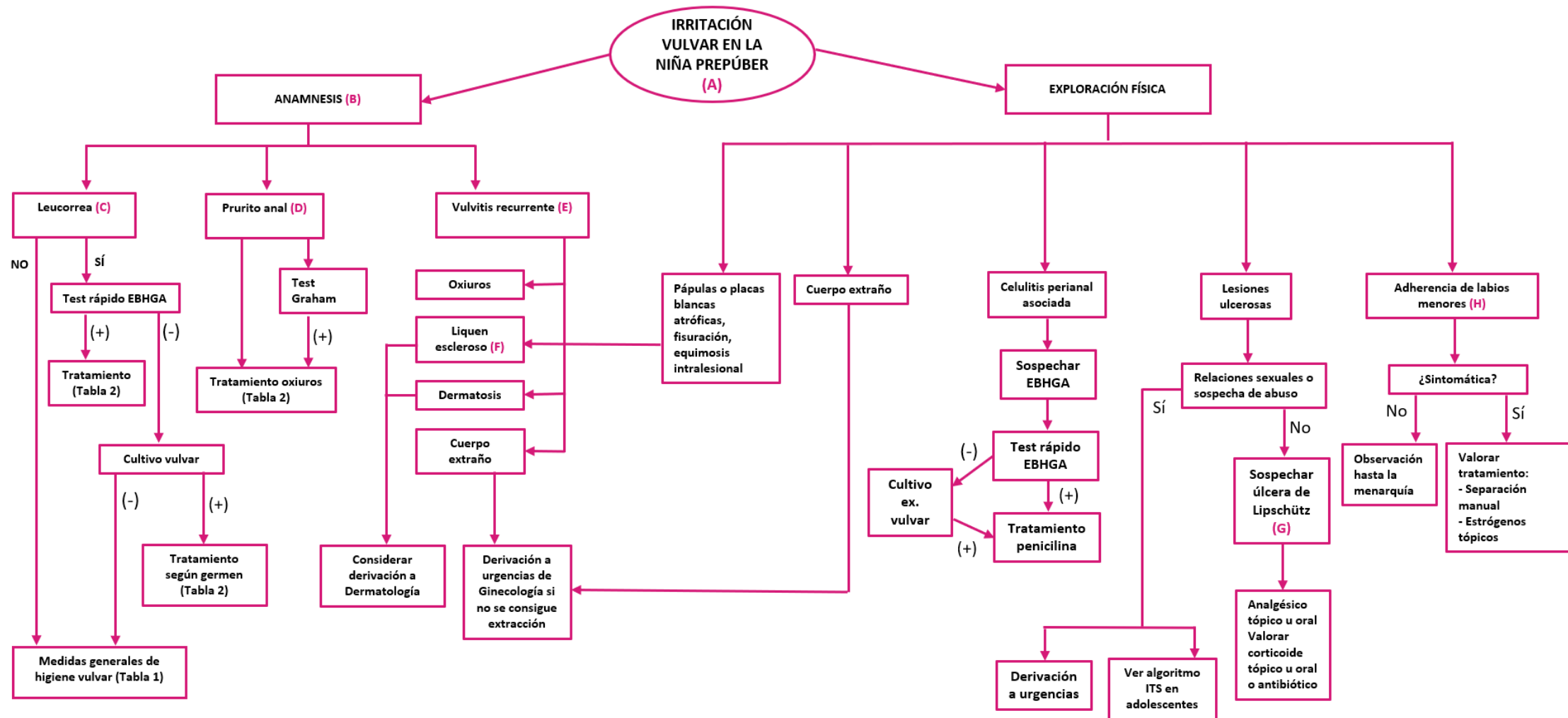
Palabras clave: Enfermedades de la vulva. Vulvovaginitis. Liquen escleroso vulvar. Leucorrea.

Key words: Vulvar Diseases. Vulvar Lichen Sclerosus. Leukorrhea.

Sección principal: Ginecología.

Otras secciones: Infecciosas.

Cómo citar este algoritmo: Fernández-Cuesta Valcarce MA, Esparza Garrido I. Irritación vulvar prepúber. En: Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria [en línea] [consultado dd/mm/aaaa]. Disponible en: <https://algoritmos.aepap.org/algoritmo/104/>



A. IRRITACIÓN VULVAR EN LA NIÑA PREPÚBER

La vulvovaginitis es el problema ginecológico más frecuente en las niñas prepuberales. Los términos vulvitis, vaginitis y vulvovaginitis suelen emplearse para designar los procesos inflamatorios del tracto genital inferior de las niñas. Vulvitis se refiere a la presencia prurito, escozor o enrojecimiento de la zona vulvar, mientras que vaginitis implica inflamación de la vagina, que suele manifestarse con leucorrea, y puede causar vulvitis¹.

Hay diversos factores que pueden favorecer el desarrollo de vulvovaginitis en las niñas prepúberes, como la presencia de una mucosa atrófica por la falta de estrógenos, pH más alcalino, proximidad del ano, menor protección del introito vaginal (labios mayores con escaso desarrollo y ausencia de vello pubiano) y posible efecto de productos irritantes locales²⁻³. La gran mayoría de los casos corresponden a vulvovaginitis inespecíficas, por irritantes físicos o químicos, que se resuelven con medidas de higiene vulvar⁴ (**Tabla 1**).

Otras alteraciones, menos frecuentes, que pueden manifestarse con irritación vulvar persistente o recidivante son dermatosis, como la dermatitis atópica, psoriasis o liquen escleroatrófico. También hay que valorar la posibilidad de oxiuros, cuerpo extraño o, eventualmente, abuso sexual.

Tabla 1. Medidas generales de higiene vulvovaginal

Evitar pijamas que no permitan la circulación del aire durante la noche (mejor camisón)
Usar ropa interior de algodón
Evitar el uso de ropa ajustada (mallas, leotardos, pantalones apretados...)
Lavar la ropa interior con un detergente suave y sin usar suavizante. Se puede realizar un doble aclarado en esta ropa para evitar irritantes residuales tras el lavado habitual
Usar el jabón y el champú al final del baño y no sentarse dentro de agua que contenga jabón o champú
Enjuagarse la zona vulvar con agua al terminar la ducha o el baño y secar totalmente la zona
Enseñar y revisar la técnica correcta de limpieza de los genitales después de orinar o defecar (de delante hacia atrás, para evitar la introducción de bacterias patógenas o material fecal en la zona vulvar)
Se pueden usar toallitas húmedas en lugar de papel higiénico para limpiar, siempre y cuando no causen una sensación de escozor
En caso de irritación, se pueden hacer baños de asiento diarios en agua tibia (sin jabón) durante 10 a 15 minutos
Si la vulva está muy eritematosa o inflamada, son de utilidad la aplicación de compresas con agua fría, y el uso de algún emoliente que ayude a proteger la piel y la mucosa de la zona
En ocasiones se puede usar alguna solución antiséptica o crema protectora apropiada para la zona y edad

B. ANAMNESIS

Hay que preguntar por el tiempo de evolución, recurrencias, hábito masturbatorio, dermatosis previas, prurito anal y presencia o no de leucorrea.

C. LEUCORREA

En el caso de las vulvovaginitis inespecíficas, no existe flujo o es mucoide, no purulento, de pequeña cuantía e inodoro. Por el contrario, la presencia de leucorrea franca puede orientar a un origen infeccioso (o cuerpo extraño en el caso de que sea fétida), aunque también hay que considerar la leucorrea fisiológica, que suele incrementarse 6-12 meses antes de la menarquia y desaparecer cuando se normaliza el ciclo menstrual.

En este caso, convendría realizar un test rápido de EBHGA en toma vulvar. Si fuera positivo, se podría iniciar directamente tratamiento con penicilina oral; si resultara negativo, estaría indicado recoger una muestra para cultivo, pudiéndose indicar medidas de higiene vulvar y valorar la aplicación de un antiséptico o crema protectora adecuadas a la edad y a la zona hasta el resultado. En caso de positividad del cultivo, se indicaría tratamiento específico en función del germen^{2,5} (Tabla 2).

Tabla 2. Tratamiento de las vulvovaginitis infecciosas^{2,5}

Germen	Tratamiento de elección	Tratamiento alternativo
Estreptococo beta-hemolítico del grupo A (EBHGA)	Penicilina vo durante 10 días: <ul style="list-style-type: none"> • 250 mg/12 horas si peso <27 kg • 500 mg/12 horas si >27 kg 	Amoxicilina, 50 mg/kg/día, en 2 dosis, 10 días Si alergia a beta-lactámicos: <ul style="list-style-type: none"> • Inmediata o tardía grave: <ul style="list-style-type: none"> - Josamicina 30-50 mg/kg/d q 12 h - Midecamicina 30-50 mg/kg/d q 12 h - Clindamicina 20-30 mg/kg/d q 8 h • Tardía no grave: <ul style="list-style-type: none"> - Cefuroxima-axetilo 15 mg/kg/d q 12 h - Cefadroxilo 30 mg/kg/d q 12 h

<i>H. influenzae b</i>	<p>Si no productor de beta-lactamasa según antibiograma:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Amoxicilina: 50 mg/kg/día, en 2-3 dosis, durante 10 días <p>Si productor de beta- lactamasa o fracaso terapéutico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Amoxicilina/clavulánico: (presentación 4:1 de 250 mg/5 ml) 40 mg/kg/día (de amoxicilina) /8 h, 10 días 	<p>Si alergia a beta-lactámicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Azitromicina: 10-12 mg/kg/d 3-5 días
<i>Shigella</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Trimetroprim-sulfametoxazol: 8 mg/kg/día de TMP, en 2 dosis, durante 5 días • Cefixima: 8 mg/kg/día, 5 días 	<p>Si resistencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Azitromicina vo: 12 mg/kg/día 3-5 días • Ceftriaxona im o iv: 50-75 mg/kg/día en 1-2 dosis, 2-5 días
<i>Oxiuros</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Mebendazol vo: 100 mg o pamoato de pirantel 10 mg/kg; dosis única (y repetir a las 2 semanas) 	
<i>Candida albicans</i>	<p>Vía oral y vaginal tienen una eficacia similar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fluconazol oral (dosis única de 150 mg) • Clotrimazol crema tópica 1%: 2-3 aplicación/d en labios y zonas adyacentes 7-14 días o crema 2% intravaginal en >12 años: una aplicación diaria durante 3 días (7-14 días si complicada) • Clotrimazol óvulo vaginal de 500 mg: dosis única en >12 años 	<ul style="list-style-type: none"> • Itraconazo vo: 200 mg, c/12 horas, 1 solo día • Clotrimazol óvulo vaginal de 100 mg: 1 al día durante 7 días o cada 12 horas durante 3 días • Miconazol crema intravaginal: 1 aplicación/día 7 días

Vaginosis bacteriana	<ul style="list-style-type: none"> • Metronidazol vo: 500 mg cada 12 horas, 7 días • Metronidazol óvulo vaginal: una vez al día, durante 5 días • Clindamicina 5 g crema intravaginal: 7 días 	<ul style="list-style-type: none"> • Clindamicina vo: 300 mg, 2 dosis al día, 7 días • Clindamicina óvulos vaginales 100 mg, 1 al día, 3 días • Tinidazol vo: 2 g/24 h 2 días o 1 g/24 h, 5 días
<i>Trichomona vaginalis</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Tinidazol vo: 2 g, dosis única 	<ul style="list-style-type: none"> • Metronidazol vo: 2 g dosis única

im: intramuscular; **iv:** intravenoso; **vo:** vía oral.

D. PRURITO ANAL

La presencia de prurito anal es muy sugestiva de oxiuriasis. Habría que explorar el ano para valorar la presencia de parásitos visibles en la zona y considerar la realización del test de Graham. No obstante, ante una sospecha firme podría realizarse directamente un tratamiento empírico (**Tabla 2**).

E. VULVITIS RECURRENTE

Ante vulvitis persistentes o recurrentes conviene valorar la posibilidad de oxiuros, cuerpo extraño o patologías dermatológicas, como dermatitis atópica, psoriasis o liquen escleroso.

F. LIQUEN ESCLEROSO

El liquen escleroso es una enfermedad inflamatoria crónica autoinmune, multifactorial, con componente genético. Sus picos de incidencia son la infancia (7-15% de los casos) y entre los 40-60 años de edad. Los síntomas iniciales pueden ser inespecíficos, como prurito, escozor o sangrado vulvar o disuria. Puede afectar también al ano y producir en este caso dolor con la defecación y estreñimiento.

A la exploración física, suele iniciarse con eritema, con posterior aparición de máculas y pápulas blanquecinas aplanadas que van confluyendo hasta convertirse en placas atróficas nacaradas, bajo las cuales se pueden producir hemorragias, equimosis, fisuras e incluso ulceraciones, quedando finalmente una zona hipopigmentada y atrófica, bien delimitada, en forma de “8” alrededor de la vulva y el ano. El diagnóstico es clínico, reservándose la biopsia para casos dudosos o con mala respuesta al tratamiento. La evolución es crónica con exacerbaciones, aunque 2/3 de los casos mejoran tras

la menarquia. A largo plazo puede evolucionar a esclerosis vulvar grave, con atrofia y retracción de la vulva y mayor riesgo de carcinoma vulvar de células escamosas.

El tratamiento de elección son ciclos de corticoides tópicos de potencia alta (propionato de clobetasol al 0,05% en ungüento). Los inhibidores de la calcineurina pueden utilizarse como terapia de mantenimiento 2 veces/semana. Requiere un seguimiento a largo plazo por el dermatólogo por su curso crónico y posibilidad de complicaciones⁶⁻⁸.

G. ÚLCERA DE LIPSCHÜTZ

Ante la presencia de úlceras vulvares en niñas que aún no han iniciado su actividad sexual hay que considerar el diagnóstico de úlcera de Lipschütz o úlcera vulvar aguda. Este tipo de lesiones no son de transmisión sexual y se caracterizan por la aparición brusca de una o múltiples ulceraciones vulvares intensamente dolorosas, grandes (>1 cm) y profundas, con un borde rojo-violáceo y una base necrótica cubierta con un exudado grisáceo o una escara adherente gris-negra. Habitualmente tienen una apariencia parcialmente simétrica ("lesiones de beso") y afectan la horquilla posterior de los labios menores, aunque pueden extenderse a los labios mayores, el periné y la parte baja de la vagina. Pueden acompañarse o precederse por síntomas sistémicos, como fiebre, malestar general, dolor de garganta o aftas orales.

Se cree que puede ser una manifestación de la infección primaria por el virus de Epstein-Barr, aunque en la mayoría de los casos, la causa no puede ser determinada. La úlcera de Lipschütz es un diagnóstico clínico que requiere la exclusión de otras causas de ulceración genital, fundamentalmente la posibilidad de ITS por abuso sexual y otras causas no infecciosas, como enfermedad de Behçet, enfermedad de Crohn o aftosis recurrente idiopática.

Dado que las lesiones curan espontáneamente y no suelen recurrir, el tratamiento es sintomático, para el cuidado de las heridas y control del dolor. Los baños de asiento con agua tibia son útiles para la limpieza suave y el desbridamiento de las úlceras. Para el alivio temporal del dolor puede ser necesaria la aplicación de anestésicos tópicos (lidocaína en solución viscosa al 2% o ungüento al 5%) y analgésicos orales. Si el dolor es moderado, se puede recurrir a corticoides tópicos potentes (ungüento de propionato de clobetasol al 0,05% dos veces al día) o incluso un ciclo corto de corticoides orales (prednisona a 0,5 a 1 mg/kg por día durante 7 a 10 días y con posterior reducción gradual durante las siguientes dos semanas). En caso de sospecha de sobreinfección bacteriana o celulitis vulvar hay que administrar antibióticos sistémicos⁹.

H. ADHERENCIA DE LABIOS MENORES

Las adherencias labiales son un hallazgo relativamente frecuente en la edad prepuberal, en especial entre los 3 meses y los 3 años. Consisten en una fusión de los labios menores en la línea media, que puede ser parcial o completa. Pueden ser debidas a la exposición de una mucosa anestrogénica a irritaciones locales (mala higiene, infecciones, dermatosis, trauma...), que dan lugar a una reacción inflamatoria con posterior reepitelización y fusión de los bordes mediales de los labios menores. Habitualmente son asintomáticas y se descubren como hallazgos en la exploración física. Raramente pueden producir irritación local, molestias urinarias o, en casos más severos, retención o infección urinaria. Es excepcional que se mantengan más allá de la pubertad, siendo estos casos habitualmente el resultado de inflamación crónica, problemas de hipoestrogenismo o trauma vulvar. En caso de persistir en el momento de la menarquia, pueden manifestarse con hematocolpos.

El 80% de las adherencias labiales se resuelve espontáneamente, por lo que en los casos asintomáticos se recomienda una buena higiene perineal y seguimiento clínico. En casos sintomáticos, o si persisten tras la pubertad, se puede emplear una crema de estrógenos 2 veces/día durante 2-3 semanas, con lo que se consigue una resolución en el 50% de los casos. El tratamiento tópico con estrógenos en las adherencias de labios menores es eficaz y seguro, con escasos efectos secundarios, como irritación local, pigmentación vulvar o ingurgitación mamaria, que se resuelven al terminar la medicación. En los casos refractarios o asociados a obstrucción urinaria se puede plantear la separación manual y si esta no es eficaz, la separación quirúrgica, con aplicación de crema de estrógenos tópicos durante cinco días después de la manipulación. Aunque la respuesta inicial al tratamiento sea buena, hay un riesgo de recurrencia antes de la pubertad del 40%, que se reduce con una adecuada higiene perineal y la aplicación de una crema barrera entre los bordes (por ejemplo, vaselina). No se recomienda la separación manual en los casos asintomáticos porque la inflamación producida por la manipulación puede incrementar el riesgo de recurrencia o de aparición de adherencias más resistentes¹⁰⁻¹².

BIBLIOGRAFÍA

1. Beyitler Y, Kavukcu S. Clinical presentation, diagnosis and treatment of vulvovaginitis in girls: a current approach and review of the literature [World J Pediatr 2017;13\(2\):101-5.](#)
2. Fernández-Cuesta Valcarce MA, Plaza Almeida J, López Nieves MJ. Vulvovaginitis (v./2019). Guía ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea] [actualizado el 10/4/2019; consultado el 25/07/2023]. Disponible en <https://guia-abe.es/temas-clinicos-vulvovaginitis>
3. Baka S, Demeridou S, Kaparos G, Tsoutsouras K, Touloumakos S, Dagne M, *et al.* Hallazgos microbiológicos en niñas prepúberes y púberes con vulvovaginitis. [Eur J Pediatr 2022;181:4149-55.](#)
4. Brander E, McQuillan S. Prepubertal vulvovaginitis. [CMAJ 2018;190:E800](#) (<https://doi.org/10.1503/cmaj.180004>)
5. Laufer MR, Emans SJ. Vulvovaginitis in the prepubertal child: Clinical manifestations, diagnosis, and treatment. UpToDate, 2023 [en línea] [consultado el 16/11/2023]. Disponible en <https://medilib.ir/uptodate/show/134115>
6. Tong L, Sun G, Teng J. Pediatric Lichen Sclerosus: A Review of the Epidemiology and Treatment Options. [Pediatric Dermatology 2015; 32: 593-9](#) (<https://doi.org/10.1111/pde.12615>)
7. Orszulak B, Dulaska A, Niziński K, Skowronek K, Bodziony J, Stojko R, *et al.* Pediatric Vulvar Lichen Sclerosus. A Review of the Literature. [Int J Environ Res Public Health 2021;\(13\):7153](#) (<https://doi.org/10.3390/ijerph18137153>)
8. De Luca DA, Papara C, Vorobyev A, Staiger H, Bieber K, Thaçi D, *et al.* Lichen sclerosus: The 2023 update. [Front. Med. 10:1106318](#) (<https://doi.org/10.3389/fmed.2023.1106318>)
9. Sidbury R. Acute genital ulceration (Lipschütz ulcer). UpToDate, 2023 [en línea] [consultado el 16/11/2023]. Disponible en www.uptodate.com/contents/acute-genital-ulceration-lipschutz-ulcer

10. Laufer MR, Emmans SJ. Overview of vulvovaginal conditions in the prepubertal child. UpToDate, 2023 [en línea] [consultado el 16/11/2023].
Disponible en www.uptodate.cn/contents/overview-of-vulvovaginal-conditions-in-the-prepubertal-child
11. Vilano SE, Robbins CL. Common prepubertal vulvar conditions. [Curr Opin Obstet Gynecol 2016;28\(5\):359-65](#)
(<https://doi.org/10.1097/GCO.0000000000000309>)
12. Orejón de Luna G, Fernández Rodríguez M. Adherencias de labios menores en niñas prepuberales asintomáticas: tratar o no tratar. [Evid Pediatr. 2009; 5:70](#).