

Etiología y manejo de la vulvovaginitis durante la pre-pubertad

Joishy M, et al. BMJ 2005; 330:186-188.

Objetivo

Presentar la evidencia disponible sobre el manejo de la vulvovaginitis (VV) en niñas prepuberales.

Fuentes de datos y selección de estudios

Artículos relacionados con la etiología y el manejo de la VV en MEDLINE (1965 a 2004) y la base de datos Cochrane. No se aclara la metodología de la búsqueda bibliográfica ni los criterios de selección de los estudios.

Extracción de datos

No aclarada.

Resultados principales

Las principales manifestaciones de la VV durante la prepubertad se resumen en la tabla 1.

Tabla 1: manifestaciones clínicas de vulvovaginitis.

Interrogatorio		
	Secreción, flujo o descarga vaginal	62-92%
	Enrojecimiento	82%
	Dolor	74%
	Prurito	45-58%
	Disuria	19%
	Sangrado	5-10%
Examen físico	Inflamación (enrojecimiento del introito).	87%
	Excoriación del área genital	--
	Descarga vagina	--

La microflora vaginal prepuberal no ha sido bien definida. Un pequeño estudio de casos y controles (n=67) con muestras tomadas con vaginoscopia -poco habitual en la práctica clínica- reportó que el 77% de los cultivos de niñas asintomáticas fueron positivos para bacterias aeróbicas, el 65% para bacterias anaerobias, y el 45% para ambas. Las más prevalentes fueron *S. epidermidis* (35%) enterococo (29%) *S. viridans* (13%) y *Lactobacillus* (39%) encontrándose un espectro similar en las niñas con VV. No se encontró *G. vaginalis*, *Trichomona hominis*, micoplasma urogenital o *N. gonorrhoeae* por cultivo, y la reacción de polimerasa en cadena (PCR) para *C. trachomatis* fue negativa en el 100%. Un estudio informó una disminución de la incidencia de *H. Influenzae*, probablemente por las políticas de vacunación. La presencia de leucocitos incrementa probabilidad de hallar patógenos.

El mebendazol es útil si se detectan oxiuros y los antifúngicos no tienen lugar en el manejo inicial debido a que la candida no es un patógeno habitual. En la VV inespecífica se deben explicar las medidas higiénicas y en los casos persistentes siempre hay que descartar la presencia de cuerpos extraños.

Conclusiones

Además de las medidas higiénicas, se recomienda obtener muestras de secreciones vaginales para estudios microbiológicos. Los antibióticos sólo deben ser usados ante el crecimiento predominante de un patógeno.

Aún no está clara cual es la flora normal prepuberal y es difícil estar seguro si un germen aislado en las secreciones es parte de la microflora vaginal o es la causa de los síntomas.

Fuente de financiamiento: no referida. Palabras clave: vulvovaginitis, prepuberes.

Comentario

La VV es muy frecuente durante la prepubertad debido a algunos factores predisponentes: genitales desprotegidos por la ausencia de grasa vulvar y vello pubiano; labios menores poco desarrollados que dejan el introito abierto; rafe perineal corto con gran cercanía con la zona anal, lo que favorece la contaminación fecal; ambiente hormonal hipostrogénico (epitelio vaginal tipo atrófico) ausencia de acidez vaginal; mala técnica de higiene y ropa interior de nylon¹. Existe poca información sobre la incidencia y la prevalencia de las enfermedades de transmisión sexual (ETS) en niñas ya que su rastreo es visto como abusivo. Si esta revisión tiene debilidades metodológicas, no hemos hallado evidencia de mejor calidad.

Los estudios microbiológicos vaginales son difíciles durante la infancia debido a que la mucosa vaginal todavía es atrófica. Las torundas de algodón son muy abrasivas, lo que reduce en poca colaboración de la niña, además del riesgo que se corre de dañar el himen y la mucosa vulvar cuando la paciente se mueve. En la práctica clínica es primordial realizar un interrogatorio y un examen cuidadoso de los genitales inflamados con el objetivo de facilitar la toma de muestras o futuras exploraciones.

Si bien fuera del periodo neonatal o prepuberal, la secreción vaginal siempre implica una VV² y requiere un tratamiento específico de acuerdo a su etiología; la causa más común de VV durante la prepubertad es la no específica (60-70%)² y no hay evidencia para

recomendar cultivos específicos para ETS en toda niña con VV, lo que puede generar una ansiedad innecesaria para la paciente y su familia, pero la posibilidad de abuso sexual siempre debe ser considerada, particularmente en presencia de hemorragia rectal o vaginal, desarrollo de conductas sexualizadas y síntomas o signos recurrentes.

La infección clínica suele estar asociada con flujo e inflamación moderada a severa³. La evidencia actual sugiere que sólo se usen antibióticos ante clínica sugerente de VV y un patógeno predominante en el cultivo. Si hay sospecha de oxiuros se sugiere el tratamiento empírico debido a que la prueba de Graham tiene escaso rédito diagnóstico⁴ e implica gran incomodidad.

Conclusión del comentador

Una evaluación clínica respetuosa en presencia de un mayor de edad es fundamental si se sospecha VV. Si tras la recomendación de medidas higiénicas no hay mejoría o si se sospecha abuso, se recomienda obtener muestras para estudios microbiológicos, recomendándose evitar los tratamientos empíricos salvo alta sospecha de oxiuriasis.

Jorge Kontos. [Residente de Medicina Familiar y General. Equipos de Salud Familiar. Provincia de Córdoba.]

Recibido el 10/07/06 y aceptado el 20/12/06

Kontos J. Etiología y manejo de la vulvovaginitis durante la pre-pubertad. Evid. actual. pract. ambul. 9(6); 170. Nov-Dic 2006. Comentado de: Joishy M, Ashtekar C, Jain A. Gonsalves R. **Do we need to treat vulvovaginitis in prepubertal girls?** BMJ 2005; 330:186-188. PMID: 15661783.

Referencias

1. Meneghello J. Pediatría. 5ª ed. 1997. Editorial Médica Panamericana. Cap. 45 pag. 421 y 422.
2. Escobar ME, Gryngarten M. y col. Recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de vulvovaginitis en niñas prepuberes. Arch. Argent. Pediatr. 2000; 98(6): 412
3. Jaquier A, Stylianopoulos A, Hogg G. Vulvovaginitis: clinical features, aetiology and microbiology of the genital tract. Arch. Dis. Child. 1999;81:64-67
4. Stricker T, Navratil F, Sennhauser FH. Vulvovaginitis in prepubertal girls. Arch. Dis. Child. 2003;88:324-326