

Vulvovaginitis

Miguel Ángel Fernández-Cuesta Valcarce [miguelfcuesta@ya.com].

Pediatra. Centro de Salud Juan de la Cierva [Servicio Madrileño de Salud, Área 10]. Getafe, Madrid.

Fecha de actualización: 07/05/2008
Guía_ABE_Vulvovaginitis (v.2/2008)

Cita sugerida: 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 *dd/mm/aaaa*]. Disponible en http://infodoctor.org/gipi/guia_abe/

Introducción / puntos clave

La vulvovaginitis es el problema ginecológico más frecuente en las niñas prepuberales. Está facilitado por la presencia de una 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 y la extensión de bacterias respiratorias o fecales al perineo a través de las manos o malos hábitos higiénicos.

La mayoría son vulvovaginitis inespecíficas con flora mixta bacteriana, pero en un porcentaje variable pueden aislarse bacterias patógenas específicas, sobre todo estreptococo beta-hemolítico del grupo A (EBHGA, *Streptococcus pyogenes*) y, con menor frecuencia, *Haemophilus influenzae* tipo b. También pueden encontrarse oxiuros, cuerpos extraños o tratarse de infecciones de transmisión sexual (debiendo investigarse en este caso la posibilidad de abuso). La presencia de *Candida albicans* es muy rara en niñas prepuberales sin factores de riesgo, aunque debe sospecharse ante la presencia de leucorrea no maloliente con prurito en edad puberal. En mujeres adultas la causa más frecuente es la vaginosis bacteriana, caracterizada por la sustitución de la flora vaginal normal por otra con predominio de anaerobios, *Mycoplasma hominis* y *Gardnerella vaginalis*, y que produce una secreción maloliente. No hay que olvidar la leucorrea fisiológica, que suele incrementarse 6-12 meses antes de la menarquia y desaparecer cuando se normaliza el ciclo menstrual.

Cambios más importantes respecto a la versión anterior: tras una revisión bibliográfica del tema no se han introducido cambios sustanciales.

Microorganismos causales		
Edad	Frecuentes	Menos frecuentes
Niña prepuberal	Flora mixta (y factores irritantes locales)	<ul style="list-style-type: none">EBHGA (<i>Streptococcus pyogenes</i>), <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b (Hib), <i>Staphylococcus aureus</i>, OxiurosOtras causas no infecciosas: cuerpo extraño intravaginal
Pubertad y adolescencia	<i>Candida albicans</i>	Vaginosis bacteriana ¹ , <i>Trichomona vaginalis</i> ²

Estudios complementarios (...)		
	Indicados en la evaluación inicial	Indicados en situaciones especiales
Microbiología	No son necesarios si la clínica es leve	Cultivo de la secreción vaginal si leucorrea o sintomatología importantes o no mejoría con el tratamiento sintomático inicial



Estudios complementarios (...)		
	Indicados en la evaluación inicial	Indicados en situaciones especiales
Otros estudios		Exploración ginecológica si se sospecha la presencia de un cuerpo extraño intravaginal

Indicaciones de ingreso hospitalario
Valorar si hay base para la sospecha de abuso sexual

Tratamiento antimicrobiano (...)				
Situación clínica		De elección	Alternativas	
Cuadros leves inespecíficos		No indicado	En casos con sintomatología persistente, de forma empírica, tratamiento dirigido a EBHGA y Hib: <ul style="list-style-type: none"> Amoxicilina/clavulánico 40 mg/kg/día (de amoxicilina), en 3 dosis, durante 7-10 días, VO 	
Infecciones específicas ³	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"> Mebendazol⁴ 100 mg o pamoato de pirantel⁵ 10 mg/kg; dosis única, VO (y repetir a las 2 semanas) 	
	<i>Candida albicans</i> ⁶		<ul style="list-style-type: none"> Clotrimazol crema intravaginal⁷ 1 aplicación diaria, 7-14 días 	<ul style="list-style-type: none"> Clotrimazol óvulo vaginal⁷ de 500 mg dosis única Clotrimazol óvulo vaginal⁷ de 100 mg, 1 al día durante 7 días o cada 12 horas durante 3 días Fluconazol⁸ (1 dosis única de 150 mg), o Itraconazol⁹ (200 mg, c/12 horas, 1 solo día), VO Nistatina¹⁰



Tratamiento antimicrobiano (...)		
Situación clínica	De elección	Alternativas
Vaginosis bacteriana ¹¹	▪ Metronidazol óvulo vaginal ¹² , una vez al día, durante 5 días	▪ Metronidazol ¹³ 500 mg/12 horas, durante 7 días, VO
<i>Trichomona vaginalis</i> ^{14,15}	▪ Metronidazol ¹³ 500 mg/12 horas, durante 7 días, VO	▪ Metronidazol ¹³ 2 g dosis única, VO

Otras medidas terapéuticas
<ul style="list-style-type: none">▪ Lavados locales con suero fisiológico o soluciones antisépticas, o aplicación de crema protectora con óxido de zinc▪ Evitar irritantes locales, como baños de espuma y ropa interior apretada, y prácticas higiénicas inadecuadas

Referencias bibliográficas
Centers for Disease Control and Prevention. Diseases characterized by vaginal discharge. Sexually transmitted diseases; treatment guidelines 2006. [consultado el 04/05/2008]. Disponible en http://www.cdc.gov/std/treatment/2006/vaginal-discharge.htm
Cox RA, Slack PE. Clinical and microbiological features of <i>Haemophilus influenzae</i> vulvovaginitis in young girls. J Clin Pathol. 2002;55:961-4.
Cuadros J, Mazón A, Martínez R, et al. The aetiology of pediatric inflammatory vulvovaginitis. Eur J Pediatr. 2004;163:105-7.
Jaquiere A, Stylinopoulos A, Hogg G, et al. Vulvovaginitis: clinical features, aetiology and microbiology of genital tract. Arch Dis Child. 1999;81:64-7. [consultado el 04/05/2008]. Disponible en http://adc.bmj.com/cgi/reprint/81/1/64
Joishy M, Ashketar AS, Jain A, et al. Do we need to treat vulvovaginitis in prepubertal girls? BMJ. 2005;330:186-8. [consultado el 04/05/2008]. Disponible en http://www.bmj.com/cgi/reprint/330/7484/186
Jones R. Childhood vulvovaginitis and vaginal discharge in practice. Family Practice. 1996;13:369-72. [consultado el 04/05/2008]. Disponible en http://fampra.oxfordjournals.org/cgi/reprint/13/4/369
Koumantakis EE, Hassan EA, Deligeoroglou EK, et al. Vulvovaginitis during childhood and adolescence. J Pediatr Adolesc Gynecol. 1997;10:39-43.
Merkley K. Vulvovaginitis and vaginal discharge in the pediatric patient. J Emerg Nurs. 2005;31:400-2.
Pierce AM, Hart CA. Vulvovaginitis: causes and management. Arch Dis Child. 1992;67:509-17.
Paradise JE, Campos JM, Friedman HM, et al. Vulvovaginitis in premenarcheal girls: clinical features and diagnostic evaluation. Pediatrics. 1982;70:193-8.
Stricker T, Navratil F, Sennhauser FH. Vulvovaginitis in prepubertal girls. Arch Dis Child. 2003;88:324-6. [consultado el 04/05/2008]. Disponible en http://adc.bmj.com/cgi/content/full/88/4/324
Thomas A, Forster G, Robinson A, et al. National Guideline on the Management of suspected Sexually Transmitted Infections in Children and Young People. Sex Transm Infect. 2002;78:324-31. [consultado el 04/05/2008]. Disponible en http://www.bashh.org/guidelines/2002/adolescent_final_0903.pdf

Abreviaturas: **Caps:** cápsula. **Comp:** comprimido. **EBHGA:** estreptococo beta-hemolítico del grupo A. **Hib:** *Haemophilus influenzae* tipo b. **Susp:** suspensión oral. **VO:** vía oral.



Notas aclaratorias

- ¹ Vaginosis bacteriana (sobrecrecimiento de anaerobios, *Mycoplasma hominis*, *Gardnerella vaginalis*): es la forma más frecuente en la edad adulta.
- ² Enfermedad de transmisión sexual en adolescentes o jóvenes sexualmente activas.
- ³ Tratamiento específico según el resultado del cultivo y antibiograma.
- ⁴ Lomper®, comp 100 mg, susp 100 mg/5 ml.
- ⁵ Trilombrin®, comp 250 mg, susp 250 mg/5 ml.
- ⁶ Adolescentes.
- ⁷ Clotrimazol EFG, crema al 1%, comp vaginales 100 y 500 mg.
- ⁸ Fluconazol EFG, cap 150 mg, susp 200 mg/5 ml y 50 mg/5 ml.
- ⁹ Itraconazol EFG, cap 100 mg. Canadiol®, Sporanox®, susp 50 mg/5 ml.
- ¹⁰ Mycostatin® comp vaginal 100.000 UI.
- ¹¹ Adolescentes. No es necesario tratar a la pareja.
- ¹² Flagyl® comp vaginal 500 mg.
- ¹³ Metronidazol EFG, comp 250 mg. Flagyl® susp 125 mg/ 5 ml.
- ¹⁴ Dosis referidas a adolescentes o jóvenes sexualmente activas; en estos casos es necesario tratar también a la pareja.
- ¹⁵ En el caso de niñas y adolescentes no activas sexualmente esta infección puede darse como resultado del abuso sexual. La dosificación del metronidazol en estos casos es: 1-3 años: 50 mg/dosis, c/8 horas, 7 días, VO; 4-7 años: 100 mg/dosis, c/12 horas, 7 días, VO; 8-10 años: 100 mg/dosis c/8 horas, 7 días, VO; y mayores de 10 años: dosis igual a las de la tabla.

Notas: la *Guía_ABE* se actualiza al menos una vez al año. Próxima revisión prevista en 2009. Los autores y editores recomiendan aplicar estas recomendaciones con sentido crítico en función de la experiencia del médico, de los condicionantes de cada paciente y del entorno asistencial concreto; así mismo se aconseja consultar también otras fuentes para minimizar la probabilidad de errores. Texto dirigido exclusivamente a profesionales.

[🌐] Más información en: http://infodoctor.org/gipi/guia_abe/

[✉] Comentarios y sugerencias en: laguiaabe@gmail.com

Con la colaboración de:



[©] Guía_ABE, 2008. ISBN: 978-84-95028-75-4