

LIQUEN ESCLEROSO VULVAR EN PACIENTE PREPÚBER

Dra. Patricia Rubio Sánchez¹ / Dra. Carmen Villanueva Rodríguez²

¹ Médico interno residente de Pediatría. Hospital Infantil Universitario Miguel Servet. Zaragoza

² Pediatra. Centro de Salud Torrero-La Paz. Zaragoza

RESUMEN

La vulvovaginitis es la patología genital más frecuente en niñas prepúberes. Podríamos definir este trastorno como la inflamación del tracto genital femenino externo que cursa con distintos grados de eritema, prurito, disuria, sangrado o secreción vaginal. Condicionadas por factores anatómicos como la proximidad del ano, por hipoes-trogenismo y/o por malos hábitos higiénicos, la mayoría son inespecíficas y curan con tratamiento sintomático, corrigiendo hábitos de limpieza genital, evitando ropa ajustada, uso de antisépticos locales o emolientes. Sin embargo, ante vulvovaginitis de repetición y refractarias, debemos descartar otras causas como infección por gérmenes específicos, presencia de cuerpo extraño, abuso sexual o enfermedades dermatológicas primarias¹.

PALABRAS CLAVE

vulvovaginitis, liquen escleroso vulvar, prurito vulvar

CASO CLÍNICO

Niña de 6 años controlada por vulvovaginitis de repetición de 3 años de evolución. En este tiempo presenta 5 episodios de prurito y eritema vulvar, tres de ellos en los últimos siete meses. Se trata con antisépticos locales, soluciones limpiadoras sin jabones, cremas emolientes, antimicóticos y prebióticos, así como recomendaciones sobre medidas higiénicas. Entre la clínica predomina el prurito intenso. Dada la recurrencia de episodios, se realiza despistaje de otras etiologías. Por un lado, se descarta la infección por *Streptococo Pyogenes* mediante test de detección rápida, ya que es la bacteria más frecuente en infecciones específicas. Se investigan otros gérmenes como oxiuros por test de Graham, que, a pesar de ser positivo en una ocasión y administrarse de forma correcta su tratamiento, no mejora la clínica de vulvovaginitis. Otras causas que descartar son la presencia de cuerpo extraño que no se visualiza (siendo lo más frecuente restos de papel higiénico o toallitas) y el abuso sexual. Se hace entrevista con la familia y se investiga el entorno de la paciente, no encontrando sospecha del mismo; además, la actitud de la paciente a la exploración tampoco lo sugiere. En los primeros episodios, en la exploración se aprecia únicamente eritema vulvar. Sin embargo, en consultas posteriores se visualizan lesiones purpúricas, erosiones, placas blanquecinas y una hipopigmentación que engloba región vulvar y perianal dando una imagen caracterís-

ABSTRACT

Vulvovaginitis is the most frequent genital disease amongst young girls before puberty. This disorder could be defined as the inflammation of the external female genital tract that presents with different levels of erythema, pruritus, dysuria, bleeding or vaginal secretions. Conditioned by anatomical factors such as proximity of the anus, hypoestrogenism and/or poor hygiene habits, vulvovaginitis is usually nonspecific and heals with symptomatic treatment, correction of genital hygiene habits, avoidance of tight clothes, use of local antiseptic or emollient. However, in the event of recurrent or refractory vulvovaginitis, we must discard other causes, such as the infection by specific germs, the presence of foreign objects, sexual abuse or primary dermatologic disease¹.

KEY WORDS

Vulvovaginitis, vulvar lichen sclerosus, pruritus vulvae

Diagnóstico por imagen

tica en 8 (Fig. 1). Ante este cuadro, se sospecha diagnóstico de liquen escleroso vulvar, siendo confirmado por dermatología.

Se trata de una dermatosis inflamatoria crónica de localización anogenital y etiología desconocida. Suele afectar a niñas prepúberes o mujeres posmenopáusicas, en situación de hipoestrogenismo. Se caracteriza por lesiones que evolucionan a atrofia y retracciones pudiendo causar alteraciones estructurales como sinequia de labios menores, disminuyendo así el tamaño del meato urinario o introito vaginal. Precisa tratamiento inicial con corticoides tópicos de alta potencia, con pauta de mantenimiento posterior². En aquellos casos que no presenten respuesta clínica, se utilizan como segunda línea inhibidores de la calcineurina tópicos. Dos tercios de los casos infantiles mejoran al llegar la menarquía, pudiendo cronificarse en el resto.

En el caso de nuestra paciente, se inicia tratamiento con clobetasol tópico al 0,05%, una vez al día. Dado que trascurridas dos semanas se evidencia rebrote, se cambia a pimecrolimus tópico 1%, una aplicación diaria, con buena respuesta posterior, manteniéndose durante tres meses.

Es fundamental realizar un diagnóstico precoz, puesto que el inicio del tratamiento, además de mejorar la sintomatología, mejora la evolución de la enfermedad, pudiendo prevenir las complicaciones irreversibles que interfieren en la calidad de vida de la paciente³.



Fig. 1. Imagen característica en 8 o en ojo de cerradura.

BIBLIOGRAFÍA

1. Goje O, Munoz JL. Vulvovaginitis: Find the cause to treat it. *CleveClin J Med*. 2017 Mar;84(3):215-224.
2. Neill SM, Lewis FM, Tatnall FM, Cox NH; British Association of Dermatologists. British Association of Dermatologists' guidelines for the management of lichen sclerosus 2010. *Br J Dermatol*. 2010 Oct;163(4):672-82.
3. Nerantzoulis I, Grigoriadis T, Michala L. Genital lichen sclerosus in childhood and adolescence -a retrospective case series of 15 patients: early diagnosis is crucial to avoid long-term sequelae. *Eur J Pediatr*. 2017 Oct;176(10):1429-1432.