

37,5%; las causas más frecuentes fueron dolor no controlado seguido por la presencia de efectos secundarios intolerables.⁷ En nuestra muestra, la rotación ocurrió en, aproximadamente, la mitad de los casos, y la causa más frecuente fue la decisión médica del equipo tratante. Dicha rotación se decidió luego de la evaluación minuciosa del caso, cuando la analgesia alcanzada no fue la deseada, anticipando la aparición de efectos adversos.

La rotación más frecuente fue de morfina a metadona, ya que tenía mejor perfil farmacodinámico al actuar sobre receptores NMDA.⁷

Se reconoce como debilidad de este estudio un hecho fundamental: el dolor es un síntoma multidimensional, cuyos otros aspectos –emocional, espiritual, social– influyen en la calidad de vida del niño y el control del síntoma. ■

REFERENCIAS

1. Goldman A, Hain R, Liben S. Symptom Care. En *Oxford Textbook of Palliative Care for Children*. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 2012:192-270.
2. Instituto Nacional del Cáncer. El dolor y el cáncer. Versión para profesionales de salud. [Consulta: 20 de junio de 2017]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/tratamiento/efectos-secundarios/dolor/dolor-pro-pdq>.
3. OMS. Directrices de la OMS sobre el tratamiento farmacológico del dolor persistente en niños con enfermedades médicas. 2012. [Consulta: 20 de junio de 2017]. Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s19116es/s19116es.pdf>.
4. Astudillo W, Astigarraga I, Salinas A, et al. Manejo de síntomas. En *Medicina Paliativa en Niños y Adolescentes*. San Sebastián: Paliativos sin Fronteras; 2015:285-306.
5. McGrath P, Stevens B, Walker S, et al. Pharmacological Interventions. *Oxford Textbook of Paediatric Pain*. New York: Oxford University Press; 2014.
6. Vara Hernando F, García Ortega E, Garzón Vázquez C, et al. El uso de la metadona en el tratamiento del dolor del enfermo terminal. V Congreso Sociedad Española del Dolor. [Consulta: 18 de agosto de 2017]. Disponible en: http://revista.sedolor.es/pdf/2002_11_67.pdf.
7. González-Barboteo J, Trellis-Navarro J, Tuca-Rodríguez A, et al. Rotación de opioides: una alternativa en el tratamiento del dolor refractario en pacientes con cáncer. *Med Clin (Barc)* 2010;135(13):617-22.
8. Zernikow B, Michel E, Craig F, et al. Use of Opioids for the Management of Pain. *Pediatr Drugs* 2009;11(2):129-51.
9. Anghelescu D, Faughnan L, Hankins GM, et al. Methadone use in children and young adults at a cancer center: A retrospective study. *J Opioid Manag* 2011;7(5):353-61.
10. Davies D, DeVlaming D, Hainnes C. Methadone Analgesia for Children With Advanced Cancer. *Pediatr Blood Cancer* 2008;51(3):393-7.
11. Mercadante S, Ferrera P, Casuccio A, et al. Frequency, Indications, Outcomes, and Predictive Factors of Opioid Switching in an Acute Palliative Care Unit. *J Pain Symptom Manage* 2009;37(4):632-41.

Fusión de labios menores vulvares. Experiencia en un hospital pediátrico

Labial adhesions: Experience in a children's hospital

Dra. Anahí Rubinstein^a, Dra. Gisel Rahman^a, Lic. Paula Risso^b y Dra. Dolores Ocampo^a

- a. Unidad de Ginecología Infantojuvenil, Hospital de Niños Sor María Ludovica, La Plata, Provincia de Buenos Aires, República Argentina.
- b. Comisión de Investigaciones Científicas de la Provincia de Buenos Aires, Cátedra de Bioestadística Bayesiana y Clásica, Carrera de Microbiología Clínica e Industrial, Facultad de Ciencias Veterinarias, Universidad Nacional de La Plata (UNLP), La Plata, Provincia de Buenos Aires, República Argentina.

Correspondencia:

Dra. Anahí Rubinstein: avrubinstein@yahoo.com.ar

Financiamiento: Ninguno.

Conflicto de intereses: Ninguno que declarar.

Recibido: 11-3-2017.

Aceptado: 4-8-2017

RESUMEN

La fusión de labios menores vulvares (FL) se define como la desaparición parcial o total de la hendidura vulvar por adherencia de los labios menores en la línea media. Se presenta, frecuentemente, entre los 3 meses y los 6 años de edad. Entre el 1 enero de 2002 y el 31 de diciembre de 2015, se analizaron 425 niñas con diagnóstico de FL atendidas en la Unidad de Ginecología Infantojuvenil del Hospital de Niños de La Plata, Argentina. La edad promedio correspondió a 2,7 años (desvío estándar: 2,6 años). La FL que comprometió más del 75% de la longitud fue la forma más frecuente de presentación ($p < 0,0000001$). El 84,2% de las pacientes fueron asintomáticas; 4% registraron síntomas urinarios. El 68,4% de las niñas con antecedente de infección urinaria presentó FL con compromiso $>75\%$. Se resolvieron con tratamiento tópico con estrógenos 90,6% y presentaron efectos adversos 2,1%.

Palabras clave: *sinequia vulvar, niñas, tratamiento.*

http://dx.doi.org/10.5546/aap.2018.65
 Texto completo en inglés:
 http://dx.doi.org/10.5546/aap.2018.eng.65

Cómo citar: Rubinstein A, Rahman G, Riso P, et al. Fusión de labios menores vulvares. Experiencia en un hospital pediátrico. *Arch Argent Pediatr* 2018;116(1):65-68.

INTRODUCCIÓN

La fusión de labios menores vulvares (FL) en la infancia, también llamada coalescencia o sinequia, se define como la desaparición parcial o total de la hendidura vulvar por adherencia de los labios menores en la línea media. Su etiología se relaciona con bajos niveles de estrógenos, asociados a procesos inflamatorios de la vulva: higiene inadecuada, uso de pañales, vulvovaginitis, afecciones dermatológicas, masturbación y trauma.¹

El diagnóstico se realiza a través de la inspección de la vulva mediante la maniobra de Capraro. Cuando la sinequia es total, se visualiza una línea sagital desde el periné hasta el clítoris y no se identifican las estructuras propias de esta zona: meato uretral, himen y orificio vaginal. En las sinequias parciales, es variable su longitud.²

Es una afección adquirida, benigna, que no se observa en la recién nacida debido a los efectos de los estrógenos maternos. En pediatría, la prevalencia es de 1,8%.³ Se presenta, en forma frecuente, entre los 3 meses y los 6 años de edad. Suele ser asintomática.⁴ La obstrucción al flujo urinario puede predisponer a goteo posmiccional, disuria e infección del tracto urinario (ITU). El tratamiento inicial consiste en pautas de higiene y crema con estrógenos.⁵

El objetivo de este trabajo fue la presentación de pacientes con diagnóstico de sinequia vulvar, la descripción de sus síntomas y signos asociados, la relación entre infección urinaria y extensión de

la FL, la evaluación de la respuesta al tratamiento y sus efectos adversos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se incluyeron las pacientes que presentaron FL que concurren a la Unidad de Ginecología Infantojuvenil del Hospital de Niños de La Plata entre el 1 de enero de 2002 y el 31 de diciembre de 2015. Se excluyeron las pacientes que fueron derivadas con diagnóstico incorrecto.

Se realizó anamnesis y examen físico con el adulto acompañante. La FL se diagnosticó cuando los labios menores vulvares estaban adheridos en la línea media y se clasificó en tres categorías: menor del 50%, entre 50% y 75%, y mayor del 75% de la longitud de la FL. La presencia de infección urinaria, procesos inflamatorios locales, síntomas asociados y el antecedente de debridación traumática se registraron en la historia clínica.

Cada ciclo de tratamiento consistió en la aplicación de crema con estrógenos dos veces por día durante tres semanas. El tratamiento simple se definió con la resolución total o parcial de la FL en un solo ciclo; la falla terapéutica, cuando no se observó cambio alguno luego del primer ciclo, y el tratamiento múltiple, cuando requirió más de un ciclo para la resolución. La aparición de telarca y/o hiperpigmentación vulvar se definieron como los efectos adversos a la terapia estrogénica.

Método estadístico

Se realizó un estudio retrospectivo, longitudinal, descriptivo-analítico. Se compararon las niñas tratadas que resolvieron la FL versus las que no la resolvieron; FL que comprometió más del 75% versus los otros tipos de FL y la presencia de ITU entre las tres categorías definidas. En todos los casos, se utilizó el método bayesiano de comparación de dos proporciones.⁶ Se calculó la media de la diferencia (MD) y el intervalo de credibilidad bayesiano del 95% (ICB95%). El

TABLA 1. Comparación de niñas con infección del tracto urinario según el compromiso de fusión de labios menores vulvares (<50%, 50-75% y >75%)

Comparación	Proporciones	MD	ICB95%	Valor de p
FL >75% vs. 50-75%	26/38 vs. 9/38	0,426	0,225-0,612	<0,0001
FL >75% vs. <50%	26/38 vs. 3/38	0,575	0,396-0,734	<0,0001
FL 50-75% vs. <50%	9/38 vs. 3/38	0,150	-0,010-0,315	0,032

MD: media de las diferencias; ICB95%: intervalo de credibilidad bayesiano del 95%; FL: fusión de labios menores vulvares. Valor de p<0,05 indica una diferencia estadísticamente significativa.

programa Epidat 4.1 fue utilizado para el análisis estadístico.⁷ El nivel de significancia fue $p < 0,05$.

Consideraciones éticas

Debido al carácter observacional-retrospectivo del estudio, no se pudo solicitar consentimiento informado. Los datos fueron anonimizados. El estudio fue aprobado por la Sala de Docencia e Investigación del Hospital.

RESULTADOS

Se analizaron 425 niñas con edad promedio de 2,7 años (desvío estándar -DE-: 2,6 años), intervalo etario de 0,1 a 14,8 años (*véase el Anexo en formato electrónico*).

La FL que comprometió más del 75% de la longitud fue la forma más frecuente de presentación: 78,8% (n= 335) ($p < 0,0000001$). La fusión entre 50% y 75% correspondió al 12% (n= 51), y la menor del 50%, al 9,2% (n= 39).

En la entrevista inicial, 84,2% (n= 358) de los casos fueron asintomáticos; 4% (n= 17) presentaron dificultad en la micción; 8,9% (n= 38), antecedente de ITU confirmada, y 2,8% (n= 12) refirieron antecedente de supuesto abuso sexual.

El 68,4% de las niñas con antecedente de infección urinaria presentó FL con compromiso $>75%$, que fue la forma más frecuente de presentación ($p < 0,0001$). Asimismo, entre las fusiones 50-75% y $<50%$, se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p= 0,032$; *Tabla 1*).

En la evaluación física, 20,7% (n= 88) de las niñas presentaron eritema vulvar y esmegma interlabial en 1,4% (n= 6).

Recibieron tratamiento tópico 92,9% (395/425) y se resolvieron 90,6% (358/395): 60,6% (n= 217) en el primer ciclo de tratamiento, 28,2% (n= 101) en el segundo y 11,2% (n= 40) en el tercero. En 11,9% (n= 47), se registró falla terapéutica en el primer ciclo de tratamiento.

El 44,7% de los casos (21/47) correspondió a errores en la aplicación de la crema, que se resolvieron en 47,6% (10/21) en un segundo ciclo.

Se presentaron cinco casos con antecedente de debridación traumática: debridación manual (n= 4) y quirúrgica (n= 1), que se resolvieron con el tratamiento tópico.

La proporción de niñas que lo resolvieron con el tratamiento fue significativamente mayor a las que no lo resolvieron: 358/395 vs. 37/395 (MD: 0,808; ICB 95%: 0,766-0,848; $p < 0,00000001$).

Se presentaron efectos adversos asociados al tratamiento en 2,1%: 6 casos de telarca y 3 casos de hiperpigmentación vulvar.

DISCUSIÓN

La FL constituye un motivo de consulta ginecológico habitual en pediatría.² En la Unidad de Ginecología Infantojuvenil del Hospital de Niños de La Plata, la FL representa el 6,1% de las consultas anuales; el porcentaje podría ser mayor debido a que muchas niñas son asintomáticas.

En nuestro trabajo, el 73,9% de los casos se observó entre los 6 meses y los 3 años de edad, similar a lo descrito por Leung et al.³

Los niveles de estrógenos y sus receptores locales en la vulva influyen sobre los procesos de cicatrización local. Durante el proceso de recuperación tisular, los bajos niveles estrogénicos facilitarían la adherencia de labios.^{8,9}

Aunque la mayoría de las pacientes son asintomáticas, pueden presentar disuria o ITU y observarse eritema vulvar. De las niñas evaluadas, 20,7% presentaron congestión vulvar, que podría relacionarse con deficiente higiene y el uso de pañal, factores que condicionarían la irritación local.

La FL es un factor de riesgo para presentar ITU. Ocurre en 3-5% de las niñas de la población general y el valor asciende a 40% en aquellas que presentan FL.¹⁰

En la población estudiada, se observó ITU en 8,9% y fue más frecuente en aquellas pacientes con FL completa, lo que coincidió con Melek y colaboradores.¹⁰

Las pacientes asintomáticas con menor grado de fusión solo requieren observación.¹¹ En nuestro trabajo, las fusiones de menos del 50% de longitud y sin síntomas urinarios no fueron medicadas, y no se registraron consultas posteriores en estos casos.

Si bien existen estudios que registran la asociación entre FL y abuso sexual infantil (ASI), no hay consenso sobre la causalidad de la FL con el antecedente de ASI.¹²

El tratamiento inicial con estrógenos tópicos es considerado seguro, aun en ciclos prolongados. En la literatura, se reportaron resultados exitosos en 50-80% de la población tratada.^{8,13} Se ha descrito la resolución de la FL entre 2 y 8 semanas.⁹ En nuestro trabajo, 90,6% de los casos se resolvieron completamente luego del tratamiento; 60,6% de ellos, en el primer ciclo.

Los efectos adversos son transitorios, se resuelven luego de la suspensión del tratamiento y no se relacionan con la cantidad de ciclos terapéuticos indicados.¹ La telarca e hiperpigmentación vulvar fueron los efectos adversos hallados en 2,1% de las pacientes evaluadas.

La respuesta al tratamiento tópico en niñas con antecedente de debridación manual y/o quirúrgica fue satisfactoria, similar a lo descrito por Capraro y Greenberg.¹⁴ Indicar tratamiento tópico sería de primera elección aun en casos de antecedentes de separación traumática.

En relación con la técnica de colocación de la crema, se observó que 47,6% de las pacientes que no presentaron cambios con el tratamiento inicial, luego de perfeccionar el modo de aplicación, respondieron en forma efectiva. Estudios demuestran que la indicación apropiada de la técnica con una suave presión local es crucial para una resolución exitosa.¹⁵

La resolución quirúrgica de la FL se reservaría para aquellos casos refractarios a la terapia tópica con grave obstrucción al flujo urinario. Laufer y Emans refieren el antecedente de resolución quirúrgica en una sola paciente a lo largo de 10 años.¹¹ En nuestra experiencia, no se registró ninguna indicación quirúrgica.

La historia natural de la FL es la resolución espontánea con la aparición de los primeros signos del desarrollo puberal.

Entre las fortalezas del estudio, se destaca el número de pacientes evaluadas y su seguimiento posterior, que permitió arribar a conclusiones relacionadas con el tratamiento tópico. Sin embargo, al haberse indicado un único tratamiento local, no se pudo comparar con alternativas terapéuticas de uso en pediatría.

CONCLUSIÓN

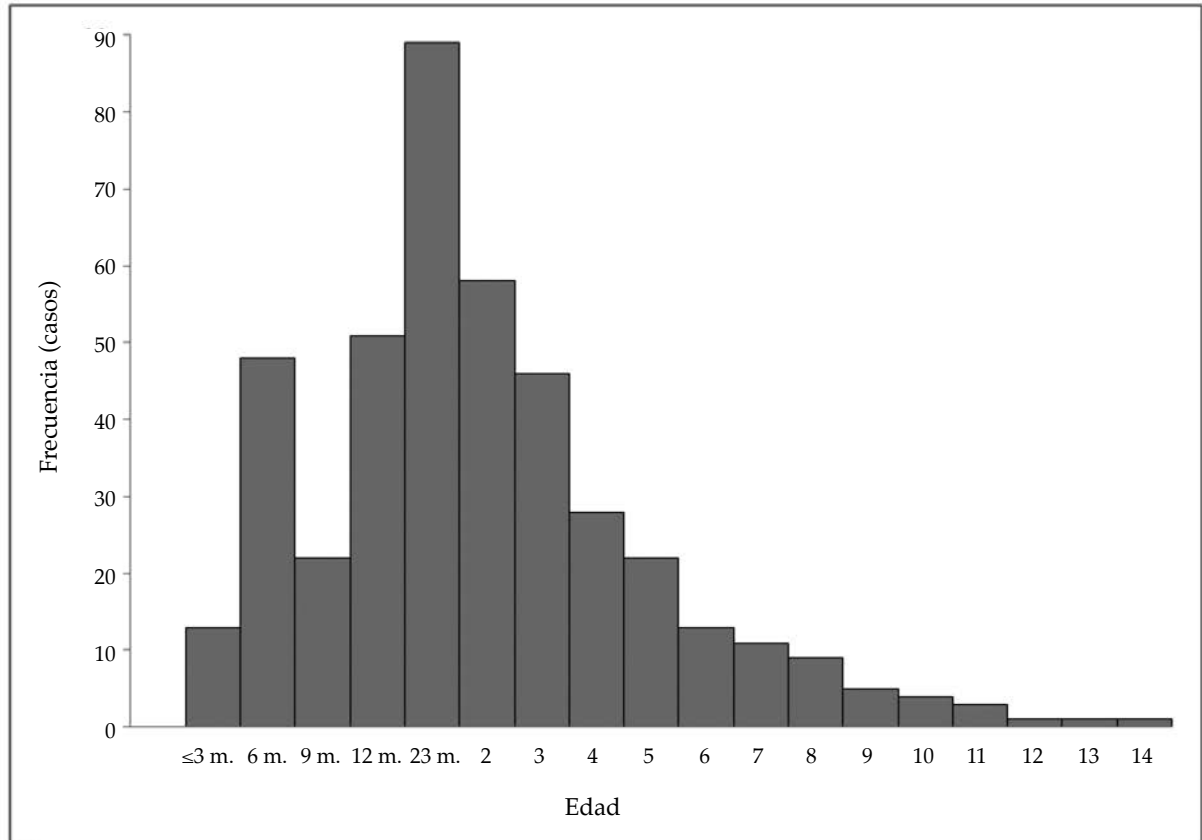
La FL es una consulta habitual en ginecología infantojuvenil. Suele ser asintomática. La forma más frecuente de presentación es la que compromete más del 75% de la longitud y predispone a ITU. Un alto porcentaje se resuelve con tratamiento tópico estrogénico, con escasos efectos adversos. ■

REFERENCIAS

- Granada C, Sökkary N, Sangi-Haghpeykar H, et al. Labial Adhesions and Outcomes of Office Management. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2015;28(2):109-13.
- Pereyra Pacheco B. Coalescencia de labios menores. En: Sanchez de la Cruz B. *Ginecología Infantojuvenil*. Buenos Aires: Panamericana; 2011. Págs.91-8.
- Leung AKC, Robson WL, Tay-Uyboco J. The incidence of labial fusion in children. *J Paediatr Child Health* 1993; 29(3):235-6.
- Bacon J, Romano M, Quint E. Clinical Recommendation: Labial Adhesions. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2015;28(5):405-9.
- Trebuegge M, Misra I, Nerminathan V. Is the topical application of oestrogen cream an effective intervention in girls suffering from labial adhesions? *Arch Dis Child* 2007;92(3):268-71.
- Risso MA, Risso P. Introducción a la Estadística Bayesiana: Uso de Lenguaje R y WinBUGS. La Plata: Vuelta a Casa; 2017.
- Epidat: Programa para Análisis Epidemiológico de Datos. Versión 4.1, octubre 2014. Consellería de Sanidad, Xunta de Galicia, España; Organización Panamericana de la Salud (OPS-OMS); Universidad CES, Colombia. [Acceso: 19 de mayo de 2016]. Disponible en: <http://www.sergas.es/Saude-publica/EPIDAT?idioma=es>.
- Seyer T. Topical estrogen therapy in labial adhesions in children: therapeutic or prophylactic? *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2007;20(4):241-4.
- Mayoglou L, Dulabon L, Martin-Alguacil N, et al. Success of treatment modalities for labial fusion: a retrospective evaluation of topical and surgical treatments. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2009;22(4):247-50.
- Melek E, Kılıçbay F, Sarıkay NG, et al. Labial adhesion and urinary tract problems: The importance of genital examination. *J Pediatr Urol* 2016;12(2):111.e1-5.
- Laufer MR, Emans SJ. Vulvovaginal complaints in the prepubertal child. UpToDate, [Acceso: 9 de enero de 2016]. Disponible en: <http://cursoenarm.net/UPTODATE/contents/mobipreview.htm?7/31/7664>.
- Kumar RK, Sonika A, Charu C, et al. Labial adhesions in pubertal girls. *Arch Gynecol Obstet* 2006;273(4):243-5.
- Eroğlu E, Yip M, Oktar T, et al. How should we treat prepubertal labial adhesions? Retrospective comparison of topical treatments: estrogen only, bethametasone only, and combination estrogen and bethametasone. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2011;24(6):389-91.
- Capraro VJ, Greenberg H. Adhesions of labia minora. *Obstet Gynecol* 1972;39(1):65-9.
- Kumetz LM, Quint EH, Fisseha S, et al. Estrogen treatment success in recurrent and persistent labial agglutination. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2006;19(6):381-4.

ANEXO

Distribución de casos según la edad de las niñas



m.: meses. La edad se expresa en años (edad decimal), excepto los primeros 23 meses de vida.