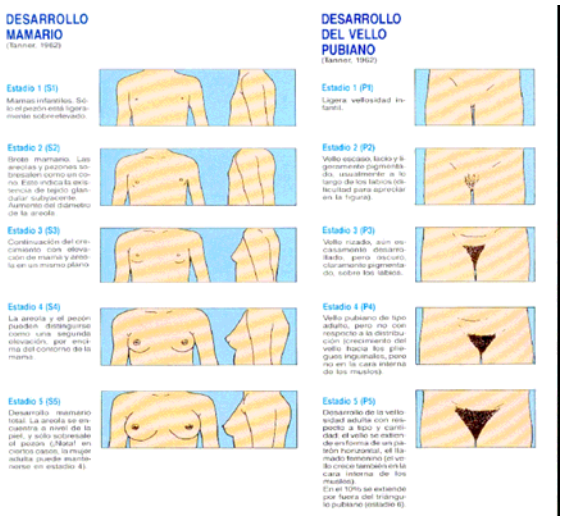
hospitaldelmar

CSB Consorci Sanitari de Barcelona

IMAS Institut Municipal d'Assistència Sanitària

EL SU-PLENTE

URGENCIAS GINECOLÓGICAS DE PEDIATRÍA



Autoras: Laura Aleixandre, Raquel Sánchez, Amaia Bilbao, Óscar García
Servicio de Pediatría
Hospital del Mar

2 de diciembre de 2008

Índice de capítulos

1. Desarrollo puberal normal (en niñas) 3
2. Exploración genital 5
3. Exploración mamaria 7
4. Telarquia/Ginecomastia/Masas mamarias/Mastodinia/Mastalgia 8
5. Pubarquia (adrenarquia) prematura 10
6. Sangrado vaginal 11
7. Obstrucción genital 12
8. Vulvovaginitis no infecciosa 15
9. Vulvovaginitis infecciosa 16
    No ETS 16
    ETS 20
10. Traumatismos genitales 24
11. Anticoncepción poscoital 26
12. Síntomas de embarazo 28
13. Dolor abdominal 31
14. Estètica y cosmética genital femenina 34

NOTAS 35

Índice de tablas y figuras

Escala de Tanner (T) 3
Desarrollo de la anatomía y la fisiología ginecológicas (T) 4
Posiciones para la exploración genital (F) 6
Exploración mamaria (F) 7
Causas de ginecomastia (T) 9
Adrenarquia prematura (F) 10
Sangrado vaginal (F) 11
Himen imperforado (F) 14
Causas de vulvovaginitis no infecciosa y disuria (T) 15
Causas infecciosas de vulvovaginitis prepuberal y postpuberal (T) 16
Signos clínicos y de laboratorio de enfermedades con secreción vaginal en adolescentes (T) 17
Estudios de laboratorio que contribuyen al diagnóstico de la vulvovaginitis con secreción (T) 19
Características principales de las ETS más frecuentes y medidas diagnósticas (T) 20
Tratamiento de las ETS en la infancia (T) 22
Profilaxis postexposición a ETS (T) 23
Protocolo de profilaxis postexposición al VIH después de exposición sexual (T) 23
Traumatismos genitales por abuso sexual (F) 24
Traumatismo genital (T) 25
Anticoncepción poscoital (F) 26
Signos y síntomas de embarazo (T) 28
Causas de prueba de embarazo falsamente positivas y falsamente negativas (T) 28
Signos de embarazo (F) 29
Correlaciones clínicas y de laboratorio del embarazo (T) 30
Características clínicas de las enfermedades que causan dolor abdominal en FID en niñas (T) 32
Piercings (F) 34

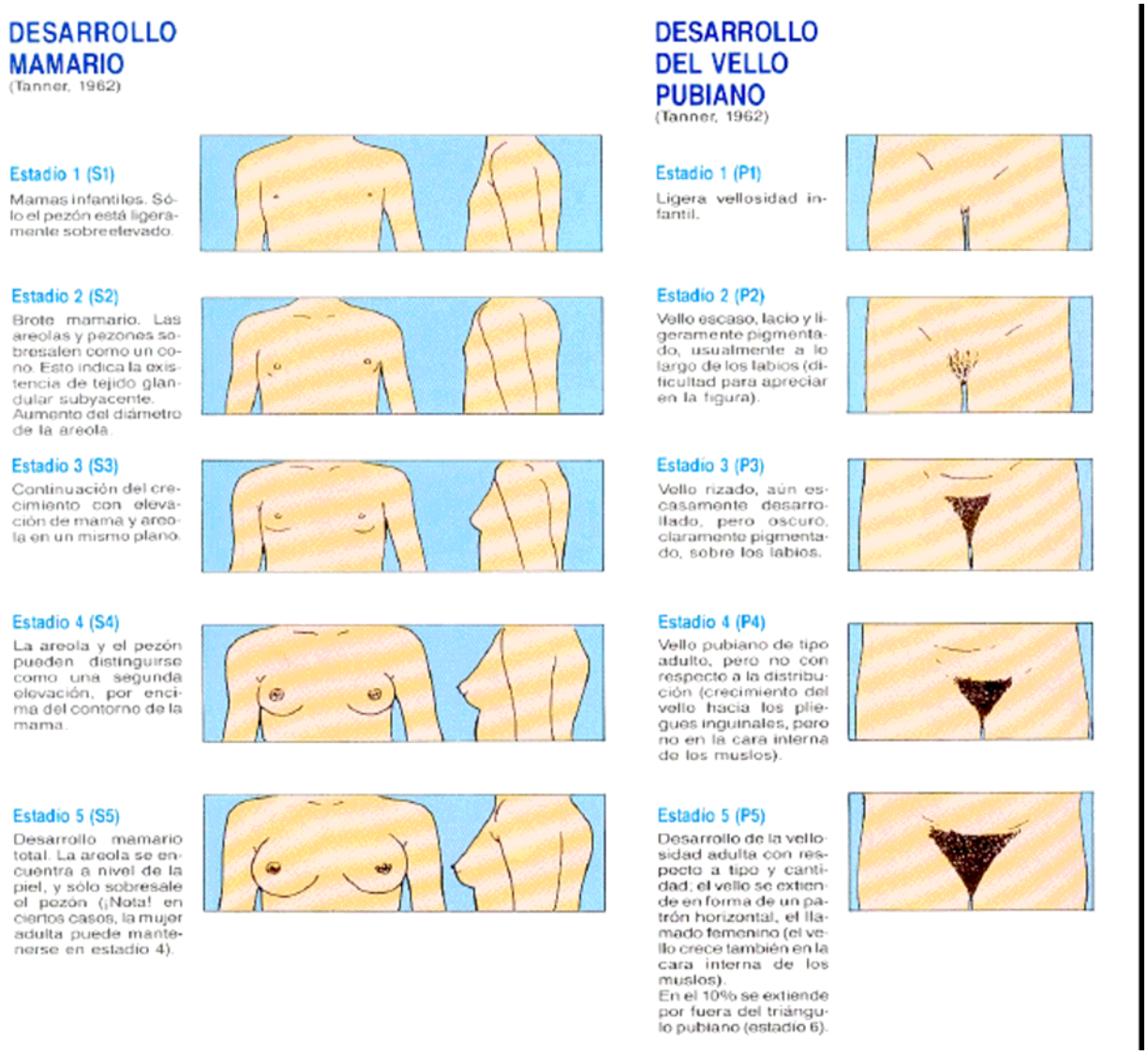
1. Desarrollo puberal normal (en niñas)

Cronología

1º - INICIO TELARQUIA: 8 a 14 años
2º - INICIO PUBARQUIA/ADRENARQUIA: 8 a 14 años
3º - PICO DE VELOCIDAD DE CRECIMIENTO: 2 años después de la telarquia
4º - MENSTRUACIÓN: 2 años después de la telarquia; inicialmente ciclos irregulares
5º - OVULACIÓN: a los 2 años del inicio de la menstruación

Signos de alarma

- No caracteres sexuales secundarios a los 13-14 años
- No menstruación a los 15-16 años: síndrome de Turner, etc.
- Genitales infantiles en relación a la edad: síndrome de Turner, etc.
- Caracteres sexuales secundarios completos SIN menstruación
- Signos de virilización: en recién nacida (hiperplasia suprarrenal congénita)
- Pubarquia en niña menor de 8 años
- Telarquia en niña menor de 8 años
- Menstruación en niña menor de 10 años



Desarrollo de la anatomía y la fisiología ginecológicas

	RECIÉN NACIDA	**PRIMERA INFANCIA**	**PERIPUBERAL (8-13 AÑOS)**	**POSMENARQUIA (> 13 AÑOS)**	
Ovario	No palpable; 0,1-0,2 cc	Borde pélvico, abdomen; 0,7-0,9 cc	Dentro de la pelvis; 2-10 cc	1,5 x 2,5 x 4 cm; 15 cc	
Longitud uterina (m)	2,5-4,0	2,0-3,0	3,2-5,4	8,0 (nulíparas) (8 x 5 x 2,5)	
Relación cuerpo-cérvix	3:1	2:1	1:1	2-3:1	
Longitud vaginal (cm)	4	4-5	7-8,5	10-12	
Himen					
• Diámetro del orificio (mm)	1-4	1-6	5-10	10	
• Grosor	Grueso	Delgado	Engrosamiento	-	
Clítoris					
• Anchura (mm)	5	2-5	2-5	≤ 10	
• Longitud (mm)	10-15			15-20	
Labios menores	Suaves	Suaves, planos	Aumento progresivo del tamaño y de la textura	Estadios de Tanner IV-V completados	
Labios mayores	Sin pelo, prominentes	Sin pelo, delgados	Crecimiento del pelo, crecimiento vulvar	Separación y diferenciación de los labios mayores y menores	
Secreciones vaginales	Blancas-claras, copiosas	Mínimas	Leucorrea fisiológica	La leucorrea fisiológica puede disminuir	
pH	5,5-7,0	6,5-7,5	4,5-5,5	3,5-5,0	
Flora normal	Entérica materna	Flora no patógena, incluyendo estafilococos y coniformes	Flora mixta vaginal	Predominan lactobacilos	
Influencia hormonal	Hormonas maternas	Esteroides sexuales mínimos	Cifras bajas y variables de estrógenos y andrógenos endógenos	Cifras elevadas de hormonas cíclicas endógenas	
Índice de maduración del epitelio vaginal				Fase proliferativa*	Fase secretora†
Parabasal (%)	0	90-100	20-70	0	0
Intermedio (%)	95	0-10	25-50	70	95
Superficial (%)	5	10	10-20	30	5

* Primera mitad del ciclo.
† Segunda mitad del ciclo.

2. Exploración genital

Posiciones para la exploración

- LITOTOMÍA: en regazo de padre/madre, relajar, conversación; no forzar en adolescentes: con o sin acompañante, cubrir con sábana, explicación de lo que se va a hacer
- PIERNAS EN RANA
- RODILLAS-PECHO: puede no ser tolerada; más indicada para toma de muestras

Maniobras de la exploración

- INCLUIR palpación abdominal: zonas dolorosas, masas, etc.
- ASPECTO: vello, labios mayores, labios menores, clítoris, meato urinario, vagina, himen, desembocadura de glándulas de Bartolino, separación de labios con pulgar e índice +/- tracción leve
- VALORAR:
    - Estadio de Tanner
    - Eritema, secreción, fisuras, pápulas, bultos, etc.
    - Malformaciones: fusión labios menores, hematocolpos, virilización
    - Himen: redundante, formas diferentes; desmitificar relación con virginidad

<u>Indicaciones de exploración pélvica de pacientes adolescentes</u>

Secreción vaginal anormal
Dolor
    - Pélvico
    - Perineal
    - Disuria
    - Abdominal (no explicado)

Actividad sexual
    - Atención de rutina de salud sexual (es decir, control de salud rutinario para individuos activos sexualmente)
    - Contacto sexual con pareja con sospecha o confirmación de una enfermedad de transmisión sexual o síntomas genitales relacionados

Sospecha de abuso sexual
Preocupación acerca del desarrollo sexual
    - No desarrollo sexual secundario a los 14 años de edad
    - No menarquia a los 16 años de edad; más pronto si la pubertad empezó hace más de 2 años y aún no hay menarquia
    - Secuencia anormal o estancamiento del desarrollo puberal
    - Anomalías anatómicas en la inspección genital
    - Aumento del pelo corporal, acné grave o masculinización

Trastornos menstruales
    - Dismenorrea grave
    - Amenorrea u oiligomenorrea
    - Sangrado uterino anormal o polimenorrea

Solicitud de la paciente (con el apoyo de la historia clínica)

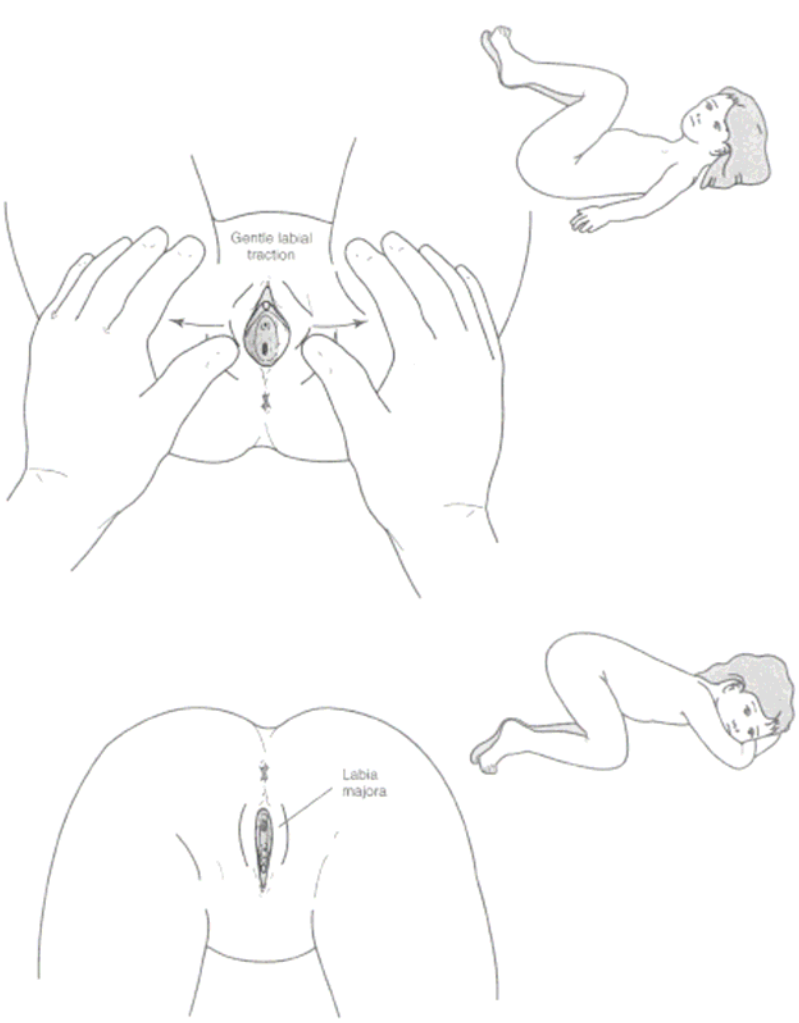


FIG. 18-2. Knee-chest position.

Posición rodillas-tórax

FIG. 18-1. Pelvic examination position, frogleg.

Posición en rana

3. Exploración mamaria

Inspección

- Paciente primero sentada: (1) con los brazos flexionados en la cintura y (2) con los brazos elevados por encima de la cabeza
- Paciente después tumbada: supino, apoyada sobre almohada, brazo arriba
  Aspecto: tamaño (una mama de mayor tamaño: normal) retracciones, eritema, edema, pezones supernumerarios
  Secreción: blanquecina, purulenta
  Estadio de Tanner: S1, S2, S3, S4, S5

Palpación

- SENTADA: palpación zona supraclavicular y axilar: masas, ganglios, etc.
- TUMBADA: emplear dedos juntos formando un plano; cuadrantes internos y externos; pezón, consistencia, secreción

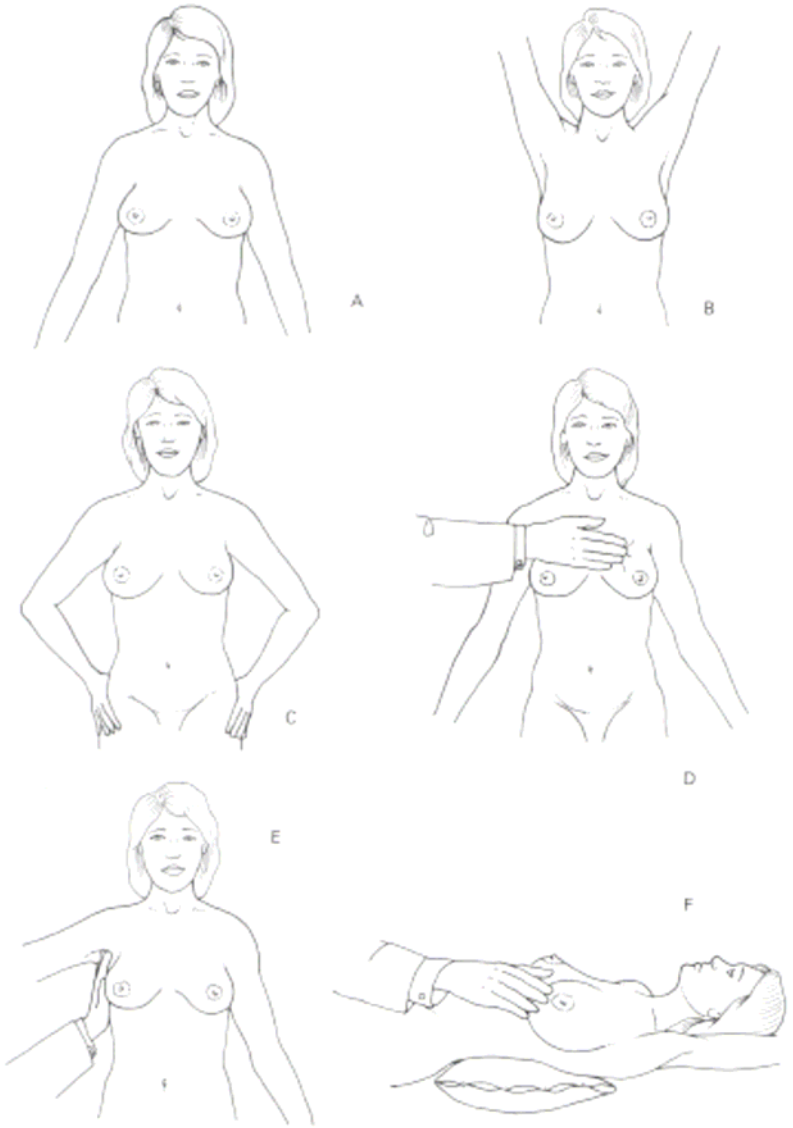


Fig. 77-1. Exploración clínica de la mama. A) Paciente sentada. B) Brazos levantados. C) Presión de las manos sobre la cadera. D) Palpación de cuadrantes internos. E) Palpación de la axila. F) Paciente en decúbito supino.

4. Telarquia / Ginecomastia / Masas mamarias / Mastodinia / Mastalgia

Telarquia/ginecomastia neonatal

Desarrollo mamario y/o secreción en el/la RN. Es debido al paso de estrógenos maternos al neonato. Es más frecuente en los niños prematuros, no requiere tratamiento y regresa sola a los pocos meses de vida.

Telarquia precoz idiopática

Desarrollo mamario aislado en niñas menores de 8 años de edad, más frecuente entre 12-18 meses. No debe ir acompañada de otros signos de desarrollo puberal (hay que descartar una pubertad precoz). Suele ser un proceso autolimitado aunque puede persistir hasta la pubertad.

Secreción mamaria

La secreción sanguinolenta o marronosa a través del pezón puede indicar la presencia de un papiloma intraductal. Es una lesión benigna, subareolar y de forma cilíndrica.

Mastitis y abscesos

Se presentan como masas mamarias calientes, induradas y eritematosas, pudiendo ir acompañadas de fiebre. Suelen aparecer entre las primeras semanas y los 6 meses de vida. Los agentes etiológicos más frecuentes son los microorganismos Gram + de origen cutáneo (*Staphylococcus aureus*) y los Gram - entéricos (*Escherichia coli*). Se requiere antibioticoterapia y a veces desbridamiento quirúrgico. Hay que tener presente la posibilidad de que sea causa de sepsis en el recién nacido.

Masas mamarias

Las adolescentes pueden consultar por la presencia de una masa unilateral, móvil y de lento crecimiento que corresponde a un botón mamario o a un fibroadenoma mamario. Son tumores benignos que no requieren cirugía en la mayoría de casos. Hay una variante de rápido crecimiento y de gran tamaño típico de las niñas afroamericanas, es el fibroadenoma juvenil gigante que sí requiere cirugía.

Ginecomastia

Aumento del tamaño de las mamas en el varón, frecuentemente de forma unilateral. Es típica una masa subareolar de consistencia firme y que mide hasta 5 cm de diámetro. Puede ir acompañada de dolor. Es más frecuente en el neonato y en la pubertad. Normalmente regresan en 1-2 años. Siempre hay que descartar causas patológicas de ginecomastia como el síndrome de Klinefelter, la resistencia periférica a los andrógenos y el uso de fármacos. Muy raramente requiere intervención quirúrgica.

Causas de ginecomastia

1.Causa familiar	
Asociada con anosmia y atrofia testicular Síndrome de Reinfestein (insensibilidad parcial a los andrógenos) Asociada con hipogonadismo y micropene Otros	
2.Enfermedades y síndromes	
Síndrome de Klinefelter Seudohermafroditismo masculino Síndrome de Feminización Testicular o Síndrome de Morris Tumores (adrenales, teratomas, hepatomas, carcinoma broncogénico) Leucemias Hemofilia Lepra Disfunciones tiroideas Cirrosis Paraplejía Glomerulonefritis crónica	
3. Fármacos y drogas	
Anfetaminas Antidepresivos tricíclicos Anticonceptivos orales Busulfan Cimetidina Clomifeno Diazepam Corticoides Digitálicos Estrógenos Esteroides anabolizantes	Espironolactona b-HCG Insulina Isoniacida (y otros anti-TBC) Ketoconazol Marihuana Metadona Metildopa Reserpina Testosterona

Mastodinia/mastalgia

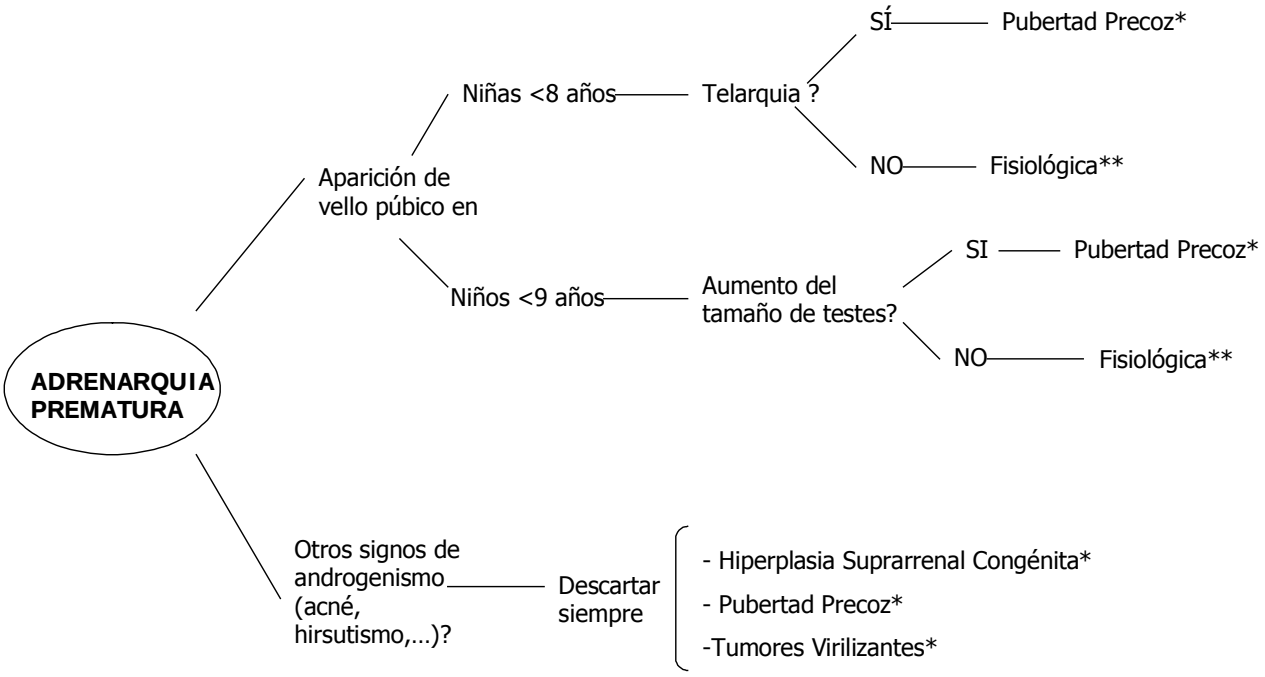
Posibles causas:

- FISIOLÓGICA: botón mamario, ciclo menstrual
- CAMBIOS FIBROQUÍSTICOS: relación con ciclo hormonal
- TRAUMÁTICA
- MASTITIS Ó ABSCESOS

Diagnóstico diferencial: síndrome de Tietze, neuralgia herpética, etc.
Preguntar acerca de síntomas relacionados: menstruación, fiebre, secreción, etc.

5. Pubarquia (adrenarquia) prematura

Se trata de la aparición de vello púbico antes de los 8 años en niñas y antes de los 9 años en niños. Se debe a un aumento de andrógenos de origen suprarrenal. No debe ir acompañado de telarquia en niñas ni de aumento del tamaño testicular en niños. Sí puede haber otros signos de androgenismo como acné, axilarquia y sudoración adulta. El diagnóstico diferencial se debe hacer con pubertad precoz, hiperplasia suprarrenal congénita y tumores virilizantes. Se debe remitir a endocrinología o ingreso para estudio hormonal y filiar el origen. La mayoría de las veces no requiere tratamiento y expresa la fisiológica maduración del tejido suprarrenal.



*Derivar al endocrinólogo pediatra o ingreso

**Maduración de las glándulas suprarrenales

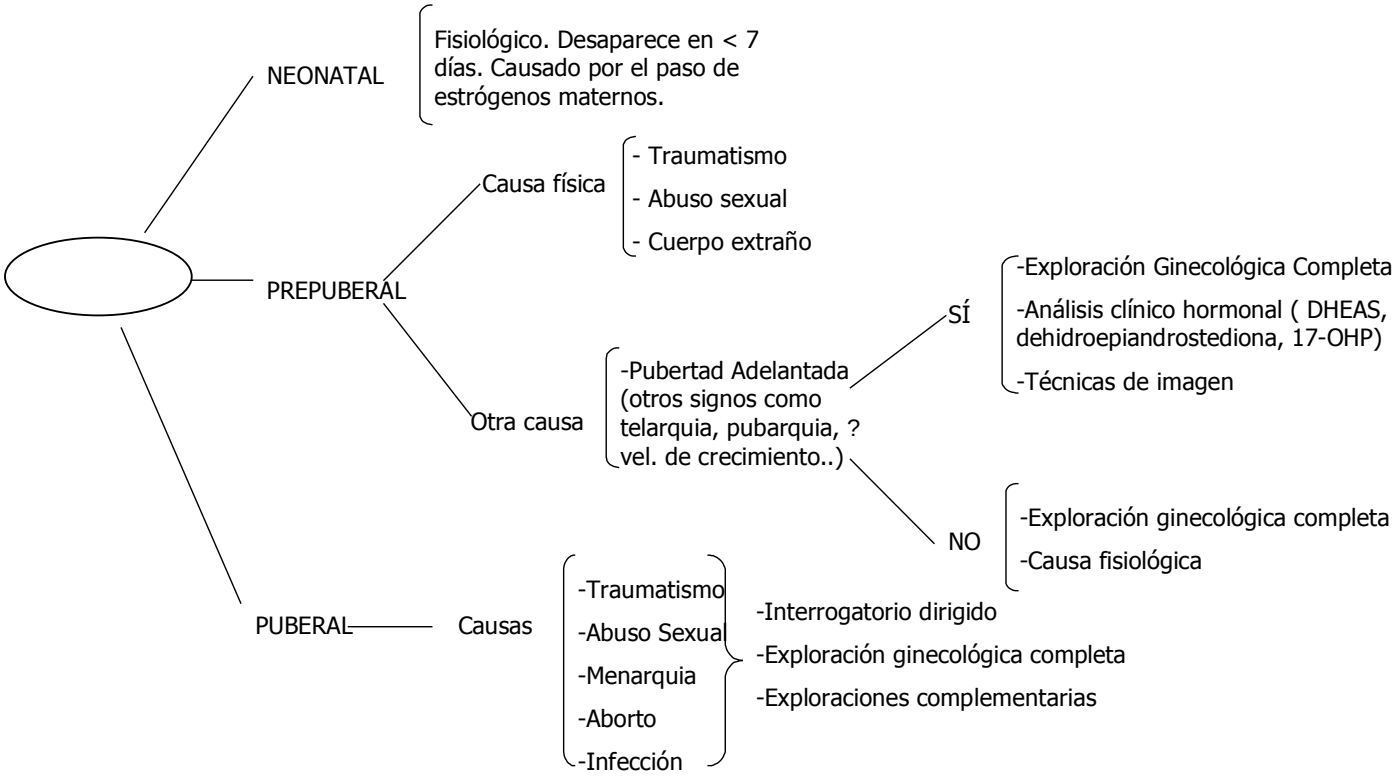
6. Sangrado vaginal

Neonatal

En el período neonatal puede aparecer sangrado vaginal por el paso de estrógenos maternos a través de la placenta. No requiere tratamiento y desaparece a los pocos días (1 semana).

Prepuberal

Entre 1 año y 9 años de edad, las niñas pueden presentar sangrado vaginal sin otros signos de pubertad. Puede llegar a ser recurrente, autolimitado y es benigno. Generalmente es aislado y no se asocia a pubertad adelantada, pero se deben descartar otras causas como: síndrome de Mc Cune-Albright, enfermedad hemorrágica, traumatismos, infecciones, abusos sexuales y cuerpos extraños. El diagnóstico de menarquia prematura es de exclusión. Requiere estudio o ingreso.



7. Obstrucción genital

Causas de obstrucción del tracto genital

- Adherencias labiales (obstrucción parcial)
- Fusión labial (con patología endocrinológica de base)
- Himen imperforado
- Atresia vaginal (fallo en la canalización de la placa vaginal)
- Agenesia vaginal (con o sin agenesia uterina), incluyendo el síndrome de Mayer-Rokitanski-Küster-Hauser (aplasia de los conductos de Müller); ausencia congénita de la vagina y el útero
- Tabique vaginal transversal en la unión entre el tercio superior y los dos tercios inferiores de la vagina
- Tabique vaginal longitudinal
- Insensibilidad a los andrógenos (síndrome de feminización testicular)
- Ausencia de cérvix y/o útero
- Malformaciones obstructivas del conducto de Müller, con elementos de duplicación, agenesia y/o fusión incompleta
- Tumores de los tractos genitales superior e inferior; otras masas pélvicas
- Mutilación genital, cicatrización

<u>Síntomas y signos asociados con la obstrucción del tracto genital</u>

Síntomas

Dolor vaginal, pélvico o abdominal (especialmente cíclico)
Dismenorrea
Síntomas del tracto urinario
Amenorrea primaria
Sangrado vaginal irregular
Secreción vaginal purulenta
Dificultad para iniciar las relaciones sexuales
Dispareunia

Signos

Masa vaginal, pélvica o abdominal
Hidrocolpos (moco en la vagina)
Hematocolpos (sangre en la vagina)
Piohematocolpos (pus y sangre en la vagina)
Hematometra (sangre dentro del útero)

Adherencias labiales

Son adherencias de los labios menores y son frecuentes en niñas prepuberales.
Suelen ser asintomáticas, aunque pueden dar síntomas del tracto urinario inferior (retención de orina en el vestíbulo o la vagina) o inflamación/irritación vulvar.
Hay que diferenciarlas de los estados intersexuales, la circuncisión femenina y el abuso sexual.
Tratamiento:

1. Crema de estrógenos tópica 2 veces/día durante 2 semanas (en algunos casos se puede llegar a alargar hasta 2 semanas más). (Pueden producir hiperpigmentación vulvar y areolar, y aumento del tejido mamario, que desaparecerán al retirar el tratamiento; ocasionalmente, al retirar los estrógenos se puede producir sangrado vaginal).
2. Después de la separación de los labios aplicar crema con óxido de cinc por las noches durante varios meses para evitar recurrencias.
3. Evitar irritantes, tratar las infecciones y buena higiene perineal ayudarán a evitar recurrencias.
4. No se recomienda la separación manual porque es dolorosa, traumática y frecuentemente seguida de recurrencias.
5. En las verdaderas fusiones (presentes en el primer mes de vida o que no respondan a tratamiento estrogénico) se debe ampliar el estudio para buscar anormalidades de la diferenciación sexual o producción de andrógenos.

Absceso/infección de la glándula de Bartolino (bartolinitis)

Quiste/tumefacción dolorosa del labio en el área de la glándula de Bartolino, habitualmente unilateral, de evolución rápida (2–4 días). Puede llegar a alcanzar los 8 cm o más.
Hay que diferenciarla de celulitis, lipomas, fibromas, hernias, adenopatías, inclusiones epidérmicas o quiste sebáceo.
Tratamiento:

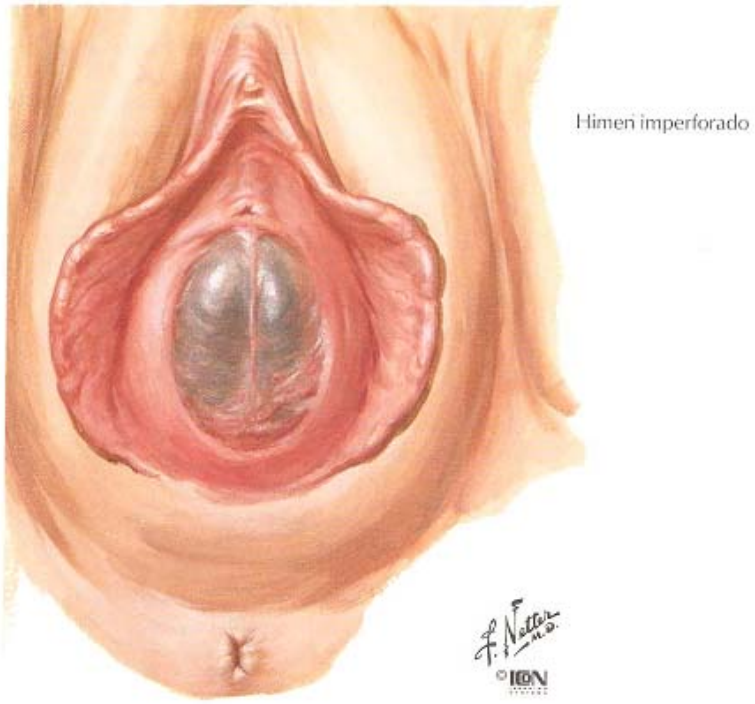
Buena higiene perineal y baños de asiento con agua templada para favorecer el drenaje. El drenaje espontáneo ocurre en 1–4 días.
Drenaje y taponamiento con gasa yodada o marsupialización quirúrgica de la glándula.
Antibióticos sistémicos.

Himen imperforado

Es una membrana gruesa e imperforada situada dentro del anillo himenal.
Clínica:

- Prepúberes:
  - Hidrocolpos + hinchazón hipogástrica (por secreción vaginal copiosa secundaria a la estimulación de las hormonas maternales).
  - Hematocolpos (si sangrado neonatal fisiológico o trauma en niñas prepuberales).
- Púberes:
  - Amenorrea 1ª (caracteres sexuales secundarios presentes).
  - Hematocolpos
  - Dolor hipogástrico y lumbar intermitente.
  - Dificultad para miccionar y defecar.
  - Hinchazón hipogástrica.

Hay que diferenciarlo de la agenesia vaginal y del hermafroditismo.
Tratamiento: incisión de la membrana himenal + excisión del tejido redundante.



8. Vulvovaginitis no infecciosa

Es más frecuente en niñas prepúberes y son más susceptibles a padecerlas las niñas con problemas dermatológicos subyacentes.
Causan picor o dolor perineal, disuria y, ocasionalmente, secreción vaginal.
En la exploración física pueden visualizarse una vulva y una vagina en apariencia normal, pero en otros casos se pueden observar distintos grados de inflamación o irritación, a veces acompañados de excoriación. La secreción vaginal es inusual.
En los cultivos vulvares/vaginales crece flora normal o inespecífica.
Tratamiento:

Medidas higiénicas: aumentar el número de micciones diarias, limpiarse de delante hacia atrás después de orinar, lavarse regularmente con un jabón suave evitando frotar en exceso.
Productos a evitar: cosméticos para la piel y la vagina, toallitas y productos higiénicos femeninos perfumados, suavizantes para la ropa.
Se recomienda llevar ropa ancha y usar ropa interior blanca de algodón correctamente enjuagada después del lavado.

Si aún así la clínica no desaparece, considerar otras etiologías, incumplimiento del tratamiento o abuso sexual.

Causas de vulvovaginitis no infecciosa y disuria

CUADRO	CLAVES DE LA HISTORIA CLÍNICA
Mala higiene	Baño, lavado de manos y cambio de ropa infrecuentes; ropa interior sucia, independencia en el uso del baño
Escasa aireación perineal	Ropa estrecha; ropa interior, mallas y leotardos de nailon; ropa de baño húmeda; bañera caliente; obesidad
Traumatismo por fricción	Ropa estrecha, deportes, arena del parque o de la playa, masturbación excesiva o abuso sexual; obesidad
Irritantes químicos	Baño de burbujas, jabones o detergentes ásperos o perfumados, polvos, reblandecedores del agua, papel higiénico perfumado y tintado; amonio; compresas sanitarias y *salvaslips* perfumados; duchas vaginales y productos de higiene femenina en adolescentes
Dermatitis de contacto	Hiedra venenosa; cremas y ungüentos tópicos
Cuerpos extraños vaginales	Hábitos de limpieza, masturbación o autoexploración excesivas, abuso sexual
Parásitos, picaduras de insecto, infestaciones	Entorno del hogar, animales domésticos, arena en el parque, viajes, acampadas, exposición al bosque o a la playa
Relacionada con la medicación	Cremas tópicas con corticoesteroides u hormonas, antibióticos, quimioterapia
Enfermedades cutáneas generalizadas	Historia de prurito, lesiones crónicas de la piel, diagnóstico previo
Anomalías anatómicas	Fístula vesicovaginal o rectovaginal, uréter ectópico, espina bífida, anomalías cloacales, anomalías urogenitales
Neoplasias	Secreción, sangrado, abdomen abultado, cambio en la función intestinal o vesical, pubertad prematura
Enfermedad sistémica (síndrome de Stevens-Johnson, enfermedad de Crohn con fístulas y úlceras perineales, síndrome del *shock* tóxico)	Infección o empleo de medicación previos; empleo de tampones; evidencia de otros hallazgos físicos, incluyendo exantema, retraso para conseguir el peso o la talla, dolor abdominal, diarrea
Absceso apendicular pélvico	Historia de fiebre, anorexia, vómitos, progresión del dolor periumbilical al cuadrante inferior derecho

9. Vulvovaginitis infecciosa

1. No enfermedades de transmisión sexual (ETS):

Se denominan así las infecciones vulvovaginales causadas por patógenos no causantes de enfermedades de transmisión sexual. Afectan principalmente a niñas prepúberes por la inmadurez de sus genitales.
Se deben a microorganismos patógenos respiratorios, de la piel y gastrointestinales, que llegan a la vagina por transferencia desde un foco primario (piel, aparato respiratorio, gastrointestinal o urinario) por proximidad o por dedos contaminados. La infección vulvovaginal también puede ser secundaria a una infección sistémica. La infección primaria puede preceder o coexistir con la infección vulvovaginal.

Causas infecciosas de vulvovaginitis prepuberal y postpuberal

MICROORGANISMOS PATÓGENOS NO TRANSMITIDOS SEXUALMENTE	**MICROORGANISMOS PATÓGENOS TRANSMITIDOS SEXUALMENTE**
Microorganismos patógenos bacterianos respiratorios y/o de la piel Estreptococos beta-hemolíticos del grupo A * *Streptococcus pneumoniae* * *Haemophilus influenzae* * Especies de *Neisseria* (no *gonohrroeae*) Estafilococos Microorganismos patógenos víricos Virus varicela-zoster Virus del herpes simple de tipo 1 y de tipo 2 * Adenovirus * *Echovirus* * Virus del sarampión Virus de Epstein-Barr Microorganismos patógenos gastrointestinales Especies de *Cándida* † *Escherichia coli* * Especies de *Shigella* * *Enterovius vermicularis* Especies de *Yersinia*	Microorganismos patógenos bacterianos *Chlamydia trachomatis* * *Neisseria gonorrhoeae* * *Treponema pallidum* *Mycoplasma genitalis* * Especies de *Ureaplasma* * Protozoos *Trichomonas vaginalis* * Microorganismos patógenos víricos Virus del herpes simple tipo 1 y tipo 2 * Papilomavirus humano Virus de la inmunodeficiencia humana Parásitos *Phthirus pubis* (piojos) *Sarcoptes scabiei* (sarna)

* Cuadros en los cuales la secreción vaginal es prominente.
† Secreción prominente sólo después de la pubertad.

Microorganismos que se considera que constituyen la flora vaginal normal o no patógena

Aerobios y anaerobios facultativos
- *Branhamella catarrhalis*
- *Cándida albicans* y otras levaduras *
- Especies de *Corynebacterium*
- Difteroides
- Especies de *Enterococcus*
- *Escherichia coli*
- Especies de *Haemophilus*
- Especies de *Lactobacillus*
- Especies de *Klebsiella*
- Especies de *Mycoplasma* *
- *Neisseria sicca*
- Especies de *Proteus*
- Especies de *Pseudomonas*
- Especies de *Staphylococcus*
- Especies de *Streptococcus*

Anaerobios
- Especies de *Bacteroides*
- Especies de *Clostridium*
- Especies de *Peptococcus*
- Especies de *Peptostreptococcus*

* *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum* y especies de *Cándida* pueden constituir la flora normal en mujeres asintomáticas; sin embargo, también pueden ser responsables de infecciones del tracto genital.

Signos clínicos y de laboratorio de enfermedades que causan secreción vaginal en adolescentes

	FISIOLÓGICO	***CÁNDIDA***	***CHLAMYDIA***	**GONORREA**	***TRICHOMONAS***	**VAGINOSIS BACTERIANA**	**VPH**	**VHS**
Aspecto de la secreción	Blanca, gris o clara; mucoide	Blanca, parecida a requesón, con placas adherentes	Moco y pus en cérvix, el cérvix aparece friable, y tiene una secreción sanguinolenta	Moco y pus en el cérvix, secreción amarilla o verdosa	Gris, amarilla o verde; a veces espumosa; maloliente	Gris, blanca; homogénea, fina	Blanca o clara, inflamación localizada o generalizada	Serosanguinolenta
Cantidad	Variable	Variable	Variable	Variable	Profusa	Variable	Escasa	Varía ampliamente
Inflamación vulvar y vaginal	Ninguna o leve con leucorrea copiosa	Habitual	No habitual, con o sin absceso de la glándula de Bartolino	Variable, con o sin absceso de la glándula de Bartolino	Frecuente	Raro	Frecuente, evidencia de VPH con lavado con ácido acético o condilomas claros	Frecuente, con algunas o muchas úlceras
pH de la secreción vaginal	≤ 4,5	≤ 4,5	≤ 4,5	≤ 4,5	≥ 4,5	≥ 4,5	≤ 4,5	≤ 4,5
Microscopía	Células epiteliales, pocos leucocitos, lactobacilos	↑ de leucocitos, + KOH con seudohifas y brotes de levaduras en el 50 % de las pacientes sintomáticas	↑ leucocitos	↑↑ leucocitos	↑↑ leucocitos, *Trichomonas* móviles (se observan en la preparación con suero salino fisiológico) en el 40 % a 60 % de las pacientes sintomáticas; *Trichomonas* en la orina	Pocos leucocitos, + células clave en la preparación con suero salino fisiológico, tinción de Gram +	↑↑ leucocitos (habitualmente)	↑↑ leucocitos
Factores predisponentes o concurrentes	Secreción de estrógenos	Menstruación, antibióticos de amplio espectro, diabetes mellitus, calor y humedad locales, embarazo, VIH, cremas tópicas con corticoesteroides u hormonas, inmunodeficiencias	Actividad sexual, gonorrea	A menudo acompañada de infección por *Chlamydia*; los síntomas suelen aparecer hacia el final del período menstrual	Otras ETS	VB previa, actividad sexual, duchas vaginales	Tinción de Papanicolau anormal, otras ETS; historia de verrugas genitales o vulvovaginitis inexplicada recurrente	Estrés y traumatismo local (incluyendo afeitado)

Otros signos y síntomas clínicos	Ninguno	Prurito prominente, puede haber disuria o dispareunia	Uretritis, EIP, perihepatitis	Faringitis, con o sin EIP, proctitis, uretritis, enfermedad sistémica, artritis, tenosinovitis, perihepatitis, lesiones cutáneas	Prurito y ardor vulvar prominentes, disuria, malestar pélvico	Olor a pescado, ↑ el olor después de una relación sexual sin protección	Verrugas planas externas visibles, vulvovaginitis de bajo grado crónica, fisuras, fallo de otros tratamientos	Adenopatía regional con infección primaria, prurito y dolor prodrómicos e intercurrentes
Prueba del olor (olor acre al añadir KOH al 10 %)	Negativa	Negativa	Negativa	Negativa	A veces positiva	Positiva	Negativa	Negativa

VB, vaginosis bacteriana; VIH, virus de la inmunodeficiencia humana; VPH, virus del papiloma humano; VHS, virus del herpes simple; PCO, píldora contraceptiva oral; EIP, enfermedad inflamatoria pélvica; +, positivo; ↑, aumentado; ↑↑, marcadamente aumentado.

Estudios de laboratorio que contribuyen al diagnóstico de la vulvovaginitis con secreción vaginal

PRUEBA DE LABORATORIO	**INDICACIÓN**
Preparación en fresco con suero salino fisiológico	Células inflamatorias, levaduras, *Trichomonas*, células clave, lactobacilos, células epiteliales maduras e inmaduras, oxiuros, espermatozoides
Tinción de Gram	Células inflamatorias, diplococos gramnegativos intracelulares (gonorrea), otras bacterias, células clave
KOH	Levaduras, "prueba del olor" para la vaginosis bacteriana (también puede ser positiva para *Trichomonas*)
pH vaginal	Vaginosis bacteriana, Trichomonas (pared lateral y anterior, no secreciones acumuladas)
Cultivos cervical/vaginal	Cultivo de rutina para flora normal, microorganismos patógenos no venéreos; cultivo para gonorrea; cultivo en medio de transporte de heces para bacterias entéricas, especialmente *Shigella*; cultivos anaerobios; cultivos víricos para VHS; cultivo para *Chlamydia* (para pruebas forenses); cultivos para *Mycoplasma* y *Ureaplasma*; cultivo para *Trichomonas*
Cultivo uretral	*Chlamydia*, gonorrea, *Mycoplasma*
Etensión y tinción de Papanicolau – convencional o preparación líquida	Lesiones intraepiteliales escamosas; lesiones cervicales precancerosas y cancerosas; inflamación inespecífica o evidencia sugestiva de VPH (coilocitos), VHS, hongos*, *Trichomonas** o *Chlamydia*; índice de maduración celular (estrogenización), tipado del VPH
Extensión de Tzcak (tinción de Giemsa)	VHS (células gigantes multinucleadas)
Prueba de la cinta adhesiva perianal	Oxiuros y huevos
Pruebas serológicas	RPR y otras pruebas serológicas para la sífilis, títulos de VIH, serología de hepatitis, tipado de VPH
Pruebas en orina	Análisis de orina, cultivo de orina, *Trichomonas*
Pruebas de amplificación de ácidos nucleicos	*Chlamydia*, gonorrea
Pruebas de detección de antígenos	*Chlamydia* (Chlamydiazyme)
Biopsia	Lesiones displásicas, atróficas e inusuales de la vulva, la vagina y el cérvix

* No tratar basándose sólo en los resultados de la extensión con tinción de Papanicolau.
VPH, virus del papiloma humano; VHS, virus del herpes simple; RPR, reagina plasmática rápida.

2. Enfermedades de transmisión sexual (ETS)

Características principales de las enfermedades de transmisión sexual más frecuentes y medidas diagnósticas

	VHS	**VPH**	**VIH**	***TRICHOMONAS***	**GONORREA**	***CHLAMYDIA***	**SÍFILIS**
Posibles hallazgos clínicos	Lesiones en la piel de la vulva, vulvitis, vaginitis, cervicitis, puede ser normal	Inflamación vulvovaginal inespecífica; las lesiones subclínicas se ponen de manifiesto con lavado ácido; condilomas y verrugas planas vulgares, vaginales y/o cervicales	Generalmente presentación grave de *Cándida*, VPH, VHS o *molluscum contagiosum*; a menudo resistente al tratamiento	Vaginitis, vulvitis, petequias vaginales y/o cervicales, secreción acuosa profusa	Puede ser normal, cervicitis, salpingitis, uretritis, ocasionalmente proctitis, faringitis vaginitis y vulvitis en niñas prepuberales	A menudo normal, cervicitis, salpingitis, uretritis, proctitis; vaginitis y vulvitis, petequias en niñas prepuberales	Primaria – chancro vulvar, vaginal o cervical; secundaria – condilomas planos que afectan a la vulva, con o sin exantema generalizado
Período de incubación	3-14 días	Promedio de 1-3 meses (hasta 9 meses)	Enfermedad aguda similar a cuadro catarral vírico (después de varias semanas); sida (variable – hasta después de 10 años)	3-30 días	2-7 días	7-21 días	Primaria (15-90 días); secundaria (6 semanas-6 meses); terciaria (2-20 años)
Infectividad	75 %-80 % (con infección activa)	60 %-70 %	Varía según la conducta de infección	70 %-90 % para la transmisión M/H, menos para la transmisión H/M	100 % para la transmisión M/H, 25 % para la transmisión H/M	45 % para la transmisión M/H	10 % después de un único encuentro; 30 % después de un mes de actividad sexual con una pareja infectada
Duración	Primaria (2-3 semanas); secundaria (7-12 días)	Variable; a menudo lesiones clínicas persistentes e infección subclínica	Infección aguda (2-3 semanas); fase asintomática (meses); infección VIH sintomática (meses o años); sida (meses o años)	Autolimitada en muchos hombres; persistente en la mayoría de las mujeres hasta que se trata	Hasta que se trata	Hasta que se trata	Primaria (2-6 semanas); secundaria (2-6 semanas), puede recurrir; terciaria, persiste hasta que se trata
Recurrencia	60 % (VHS-1); 90 % (VHS-2) al cabo de 1 año	Variable	Persistencia	Con reinfección	Con reinfección	Con reinfección	Con reinfección

Técnicas diagnósticas de rutina	Cultivo; preparación de Tzanck, tinción de Papanicolau, estudio de antígenos, serología	Inspección, tinción de Papanicolau, lavado con ácido acético, colposcopia, tipado de VPH	ELISA, Western blot, el cultivo vírico se vuelve + entre 6 semanas y 6 meses después de la infección	Preparación en fresco, sedimento de orina, cultivo	Cultivo cervical,* cultivo faríngeo o rectal, tinción de Gram, PAAN	Detección de antígenos mediante inmunoensayo, cultivo tisular de muestra cervical *	Microscopía en campo oscuro, pruebas serológicas incluyendo VDRL, RPR y FTA
Transmisión prenatal o perinatal	Sí – puede causar infección de la piel, el SNC y diseminada	Sí – puede causar papilomas laríngeos y lesiones perineales	Sí, y en el postparto a través de la leche materna	Sí – puede haber secreción vaginal neonatal o colonización asintomática	Sí – puede causar conjuntivitis, septicemia, meningitis	Sí – puede causar conjuntivitis y/o neumonía	Sí, y en el postparto a través de la leche materna
Evaluación de la pareja	Inspección	Inspección	Prueba de anticuerpos	Tratamiento antimicrobiano	Pruebas diagnósticas como antes y tratamiento antimicrobiano	Pruebas diagnósticas como antes y tratamiento antimicrobiano	Evaluación sexológica y clínica, y tratamiento antimicrobiano

* En las niñas prepuberales, hay que cultivar la secreción para buscar la gonorrea y la pared vaginal para encontrar *Chlamydia trachomatis*.

SNC, sistema nervioso central; ELISA, *enzyme-linked immunosorbent assay*; FTA, anticuerpo treponémico fluorescente; VIH, virus de la inmunodeficiencia humana; VPH, virus del papiloma humano; VHS, virus del herpes simple; M/H, relación entre mujeres y hombres; PAAN, pruebas de amplificación de ácidos nucleicos; RPR, reagina plasmática rápida (prueba); VDRL, Venereal Disease Research Laboratory (prueba para la sífilis); +, positivo.

Tratamiento de las ETS en la infancia

GERMEN	**NIÑOS**		**ADOLESCENTES**	
	FÁRMACO	**DOSIS**	**FÁRMACO**	**DOSIS**
Gonococo	Cefixima	8 mg/Kg (máx 400), VO, dosis única	Cefixima	400 mg, VO, dosis única
	Ceftriaxona	125 mg, IM, dosis única	Ceftriaxona	125 mg, IM, dosis única
			Ciprofloxacina	500 mg, VO, dosis única
Chlamydia trachomatis	Azitromicina	20 mg/Kg (máx 1 g), VO, dosis única	Azitromicina	1 g, VO, dosis única
	Eritromicina	50 mg/Kg/día, cada 6 horas, VO, 10-14 días	Doxiciclina	100 mg, cada 12 horas, VO, 7 días
Trichomona vaginalis y vaginosis bacteriana	Metronidazol	15 mg/Kg/día, cada 8 horas, VO, 7 días	Metronidazol	2 g, VO, dosis única
Sífilis	Penicilina G benzatina	50.000 U/Kg (máximo 2.400.000 U), IM, dosis única	Penicilina G benzatina	2.400.000 U, IM, dosis única
			Doxiciclina	200 mg/día, cada 12 horas, VO, 14 días
Herpes simple	Aciclovir	80 mg/Kg/día (máx 1,2 g), en 3 o 4 dosis, VO, 7-10 días	Aciclovir	1-1,2 g/día (máx 1,2 g), en 3 o 5 dosis, VO, 7-10 días
Verrugas anogenitales	Tratamieto tópico médico (productos antiverrugas) o quirúrgico			
VHB	Según estado vacunal: vacuna antihepatitis B + HBIG			
VIH	Según las circunstancias, ofrecer antirretrovirales			

Profilaxis postexposición a ETS

GERMEN/ETS O CONDICIÓN	NIÑOS		ADOLESCENTES	
	FÁRMACO	DOSIS	FÁRMACO	DOSIS
Gonococo	Cefixima	8 mg/Kg (máx 400), VO, dosis única	Cefixima	400 mg, VO, dosis única
	Ceftriaxona	125 mg, IM, dosis única	Ceftriaxona	125 mg, IM, dosis única
			Ciprofloxacino	500 mg, VO, dosis única
Chlamydia trachomatis	Azitromicina	20 mg/Kg (máx 1 g), VO, dosis única	Azitromicina	1 g, VO, dosis única
	Eritromicina	50 mg/Kg/día, cada 6 horas, VO, 10-14 días	Doxiciclina	100 mg, cada 12 horas, VO, 7 días
Trichomona vaginalis y vaginosis bacteriana	Metronidazol	15 mg/Kg/día, cada 8 horas, VO, 7 días	Metronidazol	2 g, VO, dosis única
Sífilis (no es profilaxis, es el tratamiento de una posible sífilis adquirida precoz)	Penicilina G benzatina	50.000 U/Kg (máximo 2.400.000 U), IM, dosis única	Penicilina G benzatina	2.400.000 U, IM, dosis única
			Doxiciclina	200 mg/día, cada 12 horas, VO, 14 días
VHB	Según estado vacunal: vacuna antihepatitis B + HBIG			
VIH	Según las circunstancias, ofrecer antirretrovirales (Tabla 5)			
Contracepción de urgencia (descartar embarazo antes)			Etinil-estradiol	100-120 μg/dosis, VO, 2 dosis

Protocolo de profilaxis postexposición al VIH después de exposición sexual

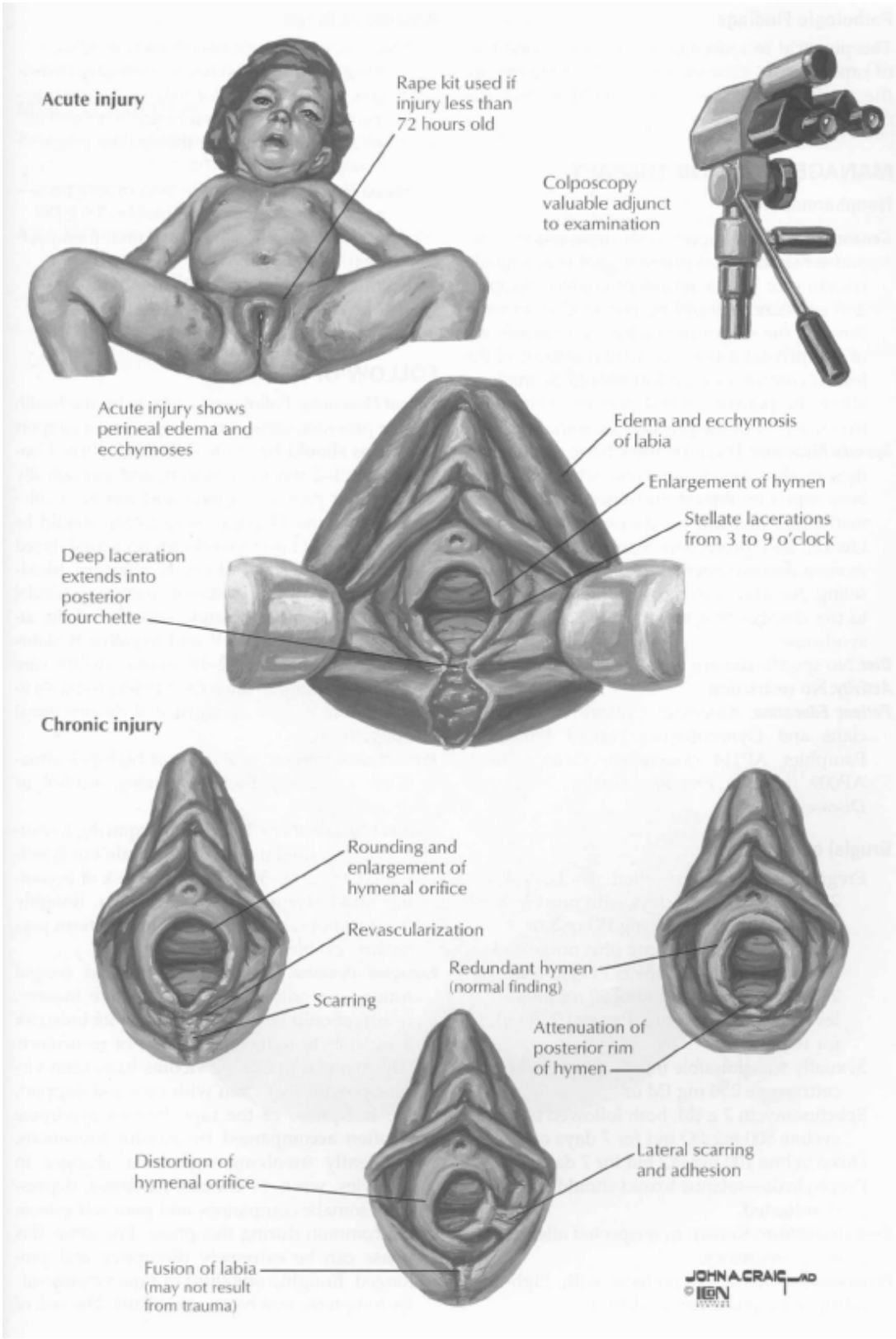
CONTACTO	RIESGO	ACTUACIÓN
Tocamientos mutuos; besos; contacto cutáneo con semen, sangre o secreciones vaginales; agresor VIH negativo conocido; uso de preservativo	Mínimo	Ninguna
Contacto mucoso (oral, anal, vaginal) con semen, sangre o secreciones vaginales; agresor VIH positivo conocido; agresor VIH desconocido pero con riesgo de ser positivo	Apreciable	Quimioprofilaxis triple durante 4 semanas: AZT + 3TC + IDV o nelfinavir

AZT = zidovudina; 3TC = lamivudina; IDV = indinavir

10. Traumatismos genitales

Abusos sexuales

A) REFERIDO por la paciente o testigos: evitar exploraciones repetidas, prestar sensibilidad
B) TENER EN MENTE, mayoría sin signos visibles, himen de diferentes aspectos



Traumatismo genital

	LESIÓN PERINEAL SUPERFICIAL	**LESIÓN GENITAL MODERADA**	**LESIÓN GENITAL SEVERA**
Etiología	- Lesión por caída a horcajadas - Caída menor - Abuso sexual	- Caídas encima de objetos afilados - Violación - Objetos sexuales - Autoaccidentes (ocasionalmente)	- Caída desde alturas
Manifestaciones clínicas	- Dolor - Hinchazón - Sangrado (leve, aunque si afecta a los cuerpos cavernosos de los labios mayores puede ser profuso). - Disuria	- Dolor - Rasgado perineal - Hematoma (dolor referido a vagina, periné o recto) - Sangrado vaginal o rectal leve o moderado - Disuria - Hematuria	- Dolor abdominal bajo y pélvico que puede irradiarse a una extremidad inferior - Sangrado abundante - Signos de irritación peritoneal - Signos de hipovolemia
Tipo de lesión	- Abrasión superficial - Contusión leve - Laceración superficial (1–3 mm)	- Rasgado perineal (extendido a vagina, recto o vejiga pero nunca a peritoneo) - Laceración vaginal (las lesiones externas pueden parecer menores)	- Lesión externa genital + - Lesión órganos pélvicos - Lesión órganos intraabdominales - Fractura pélvica
Localización de la lesión	- Alrededor clítoris - Parte anterior labios mayores y labios menores - Unión entre labios mayores y labios menores - Rasgados en labios mayores o periné - LAS LESIONES POSTERIORES (rasgados parte posterior himen, horquilla posterior o periné) SON SUGESTIVAS DE **ABUSO SEXUAL**	- Cualquier zona genital o perineal	- Cualquier zona genital o perineal
Diagnóstico diferencial	- Liquen escleroso (puede sangrar). - Prolapso uretral (puede sangrar y estar edematoso)		
Tratamiento	1. Lavado lesión + antiséptico tópico 2. Analgésico 3. Bacteriostático tópico +/- anestésico tópico 4. Sutura si lesión profunda 5. Baños de asiento y buena higiene perineal	1. Intervención quirúrgica 2. Analgésico 3. Antibióticos profilácticos 4. Buena higiene perineal	1. Estabilización hemodinámica 2. Intervención quirúrgica

11. Anticoncepción poscoital

Anticoncepción poscoital de emergencia ("píldora del día después"):

1. Indicaciones en pediatría:

- Prevención de embarazos después de relaciones sexuales coitales en niñas que han tenido la menarquia: sin protección adecuada o por abuso sexual.
- Valorar previamente la solicitud de una prueba de embarazo.

2. Métodos:

Norlevo® o Postinor®

Composición:
Levonorgestrel, 0.75mg

Tipo: Progestágeno

Acción: *(según fase ovulación)*
evita la ovulación.
evitan la implantación

Eficacia:
90% en las primeras 24h;
85% entre las 24-72h.

Reacciones adversas: (<15 %)
Gastrointestinales
Neuropsicológicas
Ginecológicas

Disponible

SERVICIO DE URGENCIAS GINECOLOGÍA HOSPITAL DEL MAR: POSTINOR®
FARMACIAS: Hacer receta

Derivar a un Centro de Planificación Familiar: información

Informar a los padres si es menor de 16 años de edad

3. Posología:

En caso de no disponer de los preparados descritos, la dosis total a conseguir es:

2 dosis de 0,1 mg de estrógenos
2 dosis de 0,5 mg de progestágenos

siendo el número variable de pastillas en función de la composición del preparado, teniendo en cuenta que habitualmente son combinados

12. Síntomas de embarazo

- Náuseas con/sin vómitos: inicio en la 6ª semana hasta 6-12 semanas más
- Aumento frecuencia miccional
- Fatiga
- Ausencia de menstruación
- Cambios mamarios: aumento de volumen y sensibilidad, pigmentación areolar

TENERLO EN MENTE: prueba de embarazo detecta HCG en sangre y/o en orina

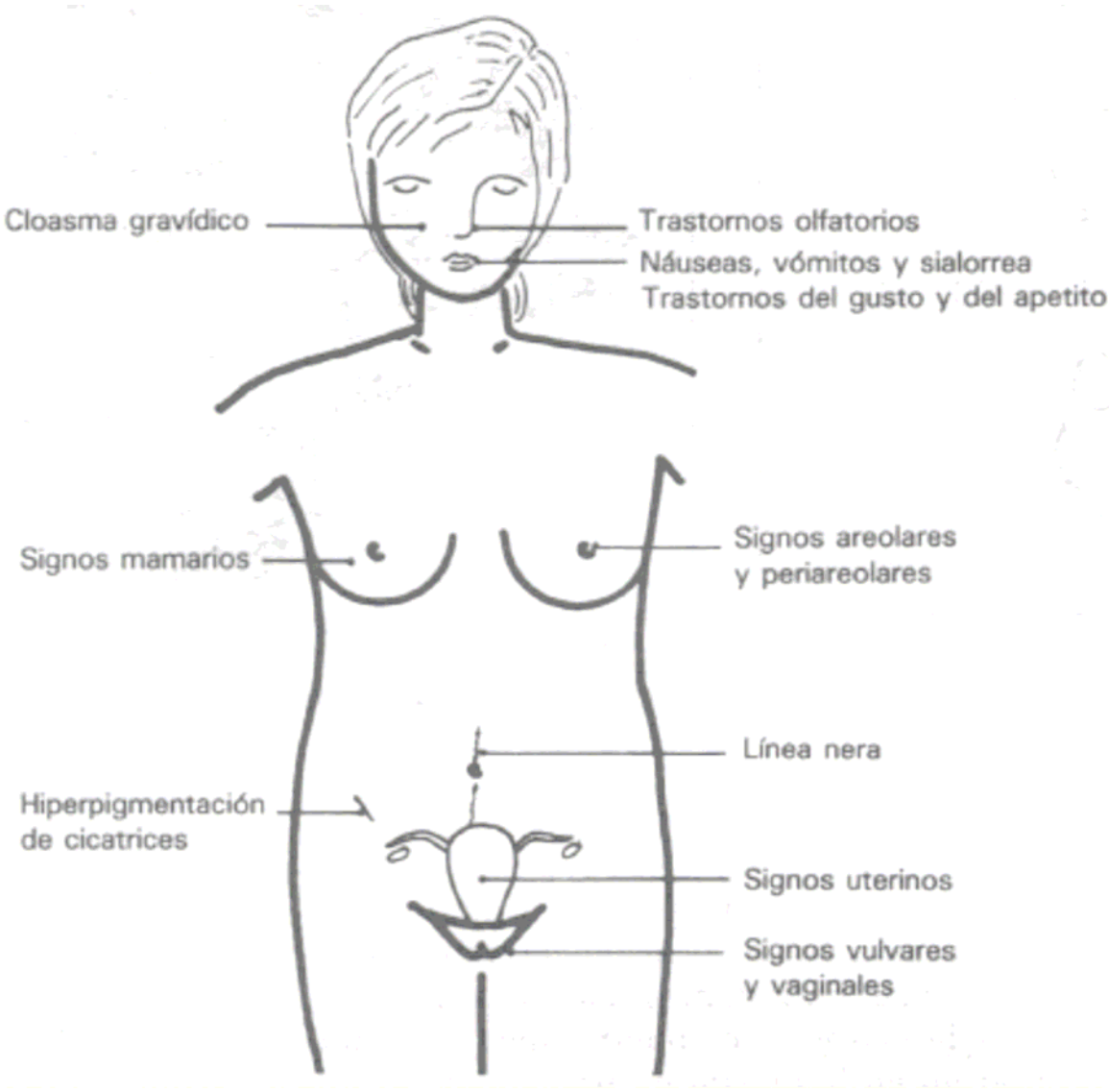
Signos y síntomas de embarazo

PRIMER TRIMESTRE (6-12 SEMANAS)	SEGUNDO TRIMESTRE (> 12 SEMANAS)
Amenorrea Sangrado vaginal leve e irregular Síncope o mareo Fatiga Aumento de la frecuencia urinaria Cambios de humor Vómitos "matutinos" Náuseas y vómitos Antojos de alimentos Aumento de la actividad de las glándulas sebáceas faciales ("brillo") Elevación de la temperatura corporal Cloasma (pigmentación facial oscura) Obstrucción nasal o congestión de las membranas mucosas	Aumento del tamaño de mamas, abdomen, cintura Aumento de peso y de la talla de la ropa Aumento de la secreción vaginal Aumento de la pigmentación de la piel Congestión de la mucosa vaginal

Causas de pruebas de embarazo falsamente positivas y falsamente negativas

PRUEBA FALSAMENTE NEGATIVA	PRUEBA FALSAMENTE POSITIVA
Demasiado pronto (antes de 10 días después de la concepción o de 7 días después de la implantación) (frecuente) o demasiado tarde (raro) Orina adulterada Embarazo ectópico (ocasionalmente negativo, la mayoría son positivos) Aborto inminente o fallido Orina diluida	Mola hidatiforme Neoplasias malignas Postaborto (hasta 4 semanas) Subida de LH en mitad del ciclo Perimenopausia (elevación de LH) Insuficiencia ovárica prematura (elevación de LH)

LH, hormona luteinizante.


Cloasma gravídico
Trastornos olfatorios
Náuseas, vómitos y sialorrea
Trastornos del gusto y del apetito
Signos mamarios
Signos areolares
y periareolares
Línea nera
Hiperpigmentación
de cicatrices
Signos uterinos
Signos vulvares
y vaginales

Correlaciones clínicas y de laboratorio del embarazo

GESTACIÓN (SEMANAS)	DETECCIÓN DEL EMBARAZO MEDIANTE ANÁLISIS DE LABORATORIO	ALTURA DEL FONDO UTERINO	HCG EN ORINA (MUI/ML)	SIGNOS, SÍNTOMAS Y SUCESOS SIGNIFICATIVOS
1	-	-	-	UPM
2	-	-	5 (24 horas tras la implantación)	Concepción
3	ELISA en suero	-	-	Implantación
4	Prueba de ELISA en orina	-	70-100	Falta de un período, la ecografía vaginal detecta el embarazo
5	Prueba de beta-HCG en orina, otros métodos	-	> 250	La ecografía pélvica detecta el embarazo; cambios en las mamas – dolorosas, hinchadas; pezones – sensibles, oscuros
6	-	-	> 1.000	Náuseas, vómitos matutinos; signo de Hegar – reblandecimiento del cuerpo inferior; signo de Chadwick – coloración azulada del cérvix; signo de Goodell – reblandecimiento del cérvix
7	-	-	-	-
8	-	-	> 10.000	-
10	-	-	100.000 (máximo)	-
12	-	Borde pélvico	-	Aumento de tamaño uterino; tonos cardíacos fetales detectables con Doppler
14	-	-	-	Disminución de los signos y síntomas precoces
16	-	A medio camino entre el borde pélvico y el ombligo	10.000; pueden haber falsos negativos en el segundo y el tercer trimestres	El feto se visualiza con radiografía; percepción de movimientos fetales
20	-	Ombligo	-	-

ELISA, *enzyme-linked immunosorbent assay*; HCG, gonadotropina coriónica humana; UPM, último período menstrual.

13. Dolor abdominal

Cuadros médicos que se manifiestan como dolor abdominal agudo en el lado derecho en niñas adolescentes

Ginecológicos
- Enfermedad inflamatoria pélvica
- Quiste, torsión, rotura o hemorragia de ovario
- Dismenorrea
- Embarazo ectópico
- Himen imperforado

Hepáticos
- Síndrome de Fitz-Hugh-Curtis
- Hepatitis vírica (A, B, C, etc.)
- Hepatitis inducida por fármacos
- Hepatitis autoinmune
- Hepatitis alcohólica
- Hepatitis secundaria a bacteriemia
- Hepatitis por virus de Epstein-Barr

Biliares
- Colecistitis aguda
- Colelitiasis

Intestinales
- Enfermedad inflamatoria intestinal
- Síndrome del intestino irritable
- Estreñimiento
- Intolerancia a la lactosa

Otros gastrointestinales
- Absceso subfrénico
- Apendicitis
- Úlcera gástrica o duodenal perforada

Pulmonares
- Neumonía, pleuritis, pleurodinia

Renales
- Pielonefritis aguda o absceso perinéfrico

Características clínicas de las enfermedades que causan dolor abdominal en el lado derecho o inferior en niñas adolescentes

	EIP	**TORSIÓN DE OVARIO**	**QUISTE DE OVARIO**	**EMBARAZO ECTÓPICO**	**ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL**	**APENDICITIS**	**COLON IRRITABLE/ ESTREÑIMIENTO**	**DISMENORREA**
Localización y calidad del dolor	Pelvis media y lateral, generalmente bilateral; puede ser vago, sordo, con retortijones o agudo	Dolor unilateral en el CII o el CID, cólico	Generalmente asintomático, pero puede haber dolor cólico en el CID o el CII	Dolor lateral, cólico, ± espasmos uterinos	Dolor en el CII, con espasmos	Espasmos periumbilicales que cambian a espasmos o dolor agudo en el CID	Dolor en el CII, espasmos o cólico	Suprapúbico, abdominal medio, parte baja de la espalda, espasmos sordos
Inicio	Con Gc, rápido, inmediatamente postnatal	Brusco	Gradual, aunque la rotura o la hemorragia se asocian con aumento agudo del dolor	Gradual con exacerbación brusca	Gradual durante semanas o meses con exacerbaciones	Gradual durante horas o días	Larga historia de problemas GI durante meses o años	Periódico, evoluciona en horas, cerca del inicio del flujo
Historia	Con *Chlamydia*, gradual durante días o meses	± historia de episodios previos de dolor similar con resolución, aumento del tamaño del ovario (la variación anatómica predispone a ello)	En mitad del ciclo o en la fase luteínica, la rotura fisiológica causa dolor intermenstrual de 24-48 horas de duración	Amenorrea (75 %), ± síntomas precoces de embarazo, dolor pélvico unilateral	Pérdida de peso o retraso de crecimiento, fatiga, exantemas, artritis, fiebre	Generalmente no hay dolor previo	± estreñimiento o diarrea, distensión frecuente, historia familiar +, los síntomas aumentan con el estrés	Severidad que aumenta 1-3 años después de la menarquia
Síntomas GI	Relación sexual sin protección, EIP o ETS previas, múltiples parejas	Vómitos con el inicio del dolor (25 %)	Raros	Síntomas GI secundarios a embarazo o vómitos graves secundarios a rotura y peritonitis	Aumento de la frecuencia de las deposiciones, heces nocturnas, a veces diarrea sanguinolenta	Los vómitos pueden seguir al inicio del dolor, anorexia	Larga historia intermitente de estreñimiento, ± diarrea	Diarrea, flatulencia, vómitos no son infrecuentes con el inicio de la menstruación
Masas	Pueden existir náuseas, vómitos, anorexia	Generalmente presente, aumento de tamaño secundario a edema	A menudo palpables si no es un quiste fisiológico	Masa pastosa palpable unilateral en el 50 % de los casos	Inusual, excepto en la enfermedad crónica complicada	Raro	Heces	Ninguno

Exploración física y hallazgos de laboratorio	Ocasional; si existe, hay que tener en cuenta el complejo tuboovárico o un embarazo ectópico	Anexos dolorosos, ± defensa o signos peritoneales	Masa quística anexial unilateral, la radiografía descarta un dermoide	El útero normal o blando puede aumentar de tamaño; dolor anexial uni o bilateral; prueba de embarazo positiva en general, pero la cifra de beta-HCG aumenta de forma inadecuada a las 48 horas; caída del Hto, hipotensión y signos de irritación peritoneal en caso de rotura	Dolor rectoabdominal, anomalías hematológicas, heces con sangre +	↑ leucocitos, fiebre, evolución de los signos peritoneales	Ocasionalmente colon doloroso, generalmente normal	Normal
Hallazgos en la ecografía	Dolor con el movimiento cervical y anexial, evidencia clínica y de laboratorio de cervicitis; sangrado vaginal; ± secreción; perihepatitis; cultivos cervicales + para gonorrea y/o *Chlamydia trachomatis*	Generalmente masa ovárica sólida; ± compromiso del aporte sanguíneo en el Doppler	Quiste > 3 cm, ± líquido en el fondo de saco (un hallazgo casual frecuente en la ecografía)	Masa tubárica, una sonda vaginal favorece la detección	Normal	Apéndice frecuentemente visible	Normal	Normal

Gc, gonococo; GI, gastrointestinal; HCG, gonadotropina coriónica humana; Hto, hematocrito; CII, cuadrante inferior izquierdo; EIP, enfermedad inflamatoria pélvica; CID, cuadrante inferior derecho; CSD, cuadrante superior derecho; ETS, enfermedad de transmisión sexual; ↑, aumentado; +, positivo; ±, con o sin.

NOTA: Esta tabla está diseñada no sólo para ayudar al médico a diferenciar entre las enfermedades que se presentan con dolor abdominal en la niña adolescente, sino para facilitar el reconocimiento del hecho de que el dolor abdominal debe considerarse seriamente y ha de ser evaluado cuidadosamente. Hay que recordar que el diagnóstico de dolor abdominal funcional es y debe ser un diagnóstico de exclusión.

14. Estética y cosmética genital femenina

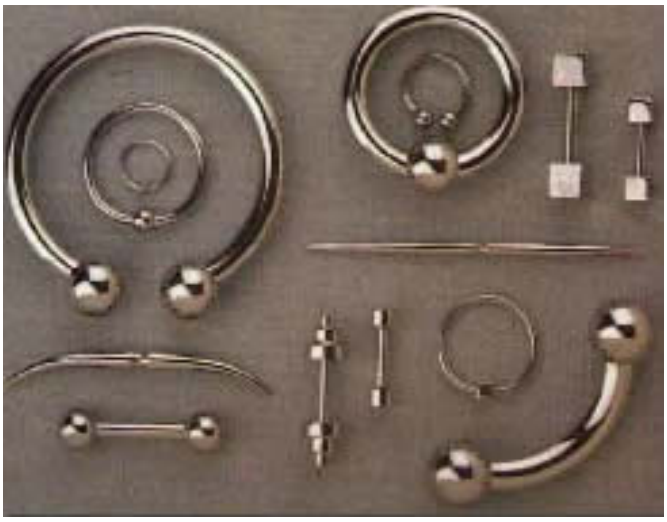
Causas de sintomatología local vulvovaginal relacionada con la estética y la cosmética genital femenina

- Tinte púbico
- *Piercing* vulvar (o en el pezón)
- Depilación púbica
- Rasurado púbico
- Tatuaje púbico
- Cosmética íntima (desodorantes, perfumes, compuestos contenidos en tampones y compresas; falta de higiene)
- Tampones y compresas (para uso diario y para la menstruación)
- Ropa ajustada (pantalones, ropa interior, bragas tipo tanga)

Motivos de consulta

- Eritema, calor, prurito, irritación, secreción
- Abscesos, foliculitis
- Adenopatías inguinales
- Habones y/o reacciones alérgicas
- Quemaduras
- Hematomas
- Enquistamiento del *piercing*

En la mayoría de los casos, el tratamiento es sintomático y local.



NOTAS