Abordaje de la consulta en ginecología infanto juvenil

Dolores Ocampo

Unidad de Ginecología Infanto Juvenil

Hospital de Niños «Superiora Sor María Ludovica» (La Plata)

Cátedra de Pediatría A, Facultad de Ciencias Médicas (UNLP)

Cátedra de Ginecología B, Facultad de Ciencias Médicas (UNLP)

Gisel Rahman

Unidad de Ginecología Infanto Juvenil

Hospital de Niños «Superiora Sor María Ludovica» (La Plata)

Anahí Rubinstein

Unidad de Ginecología Infanto Juvenil

Hospital de Niños «Superiora Sor María Ludovica» (La Plata)

Resumen

El abordaje de la consulta en niñas y adolescentes implica un compromiso del equipo de salud que conforma la atención de esta subespecialidad. La Ginecología Infanto Juvenil (GIJ) sintetiza la asistencia de una crisis vital de la vida y de un ciclo vital que amerita ser jerarquizado como tal e implica un compromiso interdisciplinario. La atención ginecológica de la recién nacida, de la niña y de la adolescentere quiere que los profesionales se formen en disciplinas tales como Ginecología, Endocrinología Pediátrica y Pediatría, para completar su formación en los aspectos que su especialidad de origen no abarca. Es importante qué tipo de relación se genera con el profesional interviniente, ya que un buen vínculo augura una buena relación a futuro.

Palabras clave

Ginecología infanto juvenil; especialidad; formación; vínculo.

Introducción

La ginecología infanto juvenil es una subespecialidad de la ginecología, que se enmarca dentro de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre la necesidad de dar una atención especializada a las niñas y adolescentes.

Los profesionales destinados a esta especialidad deben capacitarse sobre la base de un enfoque integral e interdisciplinario de la paciente, por lo cual se suelen integrar a la atención psicólogos y trabajadores sociales.

El eje de esta tarea es el vínculo médico-paciente-familia, que se sostiene sobre múltiples factores inherentes al profesional y a la familia: honestidad, paciencia, destreza, confidencia, conocimiento, interés en lo que le sucede a la *paciente* y básicamente, deseo de escuchar y comprender.

Es recomendable contar con consultorios específicos para las pacientes, separados de los de adultos; adaptados a la edad, desarrollo y los gustos de las adolescentes en la cordialidad del trato, lenguaje y preferencias.

Es una inquietud habitual de las madres saber cuál es el momento para que sus hijas concurran por primera vez a una consulta ginecológica. Si bien no hay una edad determinada y mucho depende de las características personales de cada niña, es recomendable que se realice antes de su primera menstruación, alrededor de los 10 años.

Perfil del ginecólogo infanto juvenil

La atención ginecológica de la recién nacida, de la niña y de la adolescente requiere que los profesionales se formen en disciplinas tales como ginecología, endocrinología pediátrica y pediatría para completar su formación en los aspectos que su especialidad de origen no abarca. La práctica ginecológica en el ámbito infanto juvenil demanda el manejo de formas correctas de abordaje en la consulta y diversas técnicas de examen físico; implica conocer los procesos de crecimiento y desarrollo somático y genital. Cada etapa presenta situaciones específicas que requieren de un correcto diagnóstico.

En la atención de niñas, la madre habitualmente está ansiosa, dado que en general es derivada por el pediatra debido a alguna situación particular. El médico deberá saber tranquilizarla: de aquí la importancia de sus conocimientos para que no le transmita preocupación. Siempre se deben respetar las distintas percepciones del problema. Es importante qué tipo de relación se genera con el profesional interviniente, ya que un buen vínculo augura una buena relación a futuro.

«La consulta de adolescentes es diferente a la consulta pediátrica o de adultos. Si bien la protagonista es la adolescente, en ella el profesional debe orientar la negociación, en la mayor parte de las visitas, entre dos personas con grados diversos de autonomía y poder: las adolescentes y sus madres».

Características de la entrevista médica

«Es en la etapa de la adolescencia cuando los hijos comienzan a diferenciarse marcadamente de sus padres en gustos y decisiones, y en

ocasiones es posible presenciar en la consulta las quejas de las jóvenes respecto a las acciones de sus padres».

Los datos que provienen del interrogatorio, de la observación y de los comentarios espontáneos que surjan en la consulta, tanto de la paciente como del adulto que la acompaña, son de fundamental valor para la elaboración de una historia clínica completa. Comprender que de la entrevista médica surge el 80 % de los diagnósticos es básico para todo médico que se decida a ejercer esta especialidad.

A las niñas conviene atenderlas creando en el consultorio un ambiente pediátrico facilitador para el examen genital, al cual estas pacientes no están acostumbradas. El interrogatorio, a diferencia de la adolescente, se hace a través de la madre siendo oportuno la utilización de distractores (juguetes, lápices para dibujar).

En ambas situaciones (niña y/o adolescente), es conveniente comenzar la anamnesis con el adulto a cargo, que habitualmente es la madre, prestando especial atención al tipo de vínculo que tiene con su hija, brindando la oportunidad de generar acciones educativas, preventivas y evaluar el contexto en el que está inserta la paciente.

Hay que recordar que la adolescencia es una transición entre el pensamiento concreto de la infancia y el abstracto del adulto. Muchas veces el motivo de consulta nos servirá para definir cómo será este primer encuentro: a solas con ella, con un familiar, con su pareja, etc. Es esencial estar atentos a esta elección y contar siempre con el apoyo de la adolescente. Es claro que cuando la entrevista es a solas, situación que debe generarse en el momento adecuado, la relación médico-paciente se establece más fácilmente, pero suelen evitarse datos de la dinámica familiar que se rescatan claramente cuando se pregunta al adulto responsable. La entrevista conjunta con los padres ofrece el aporte de

antecedentes personales y familiares y la historia psicosocial de la niña o adolescente que facilita el enfoque evolutivo y la visión de los entornos.

Suelen resultar más efectivas las consultas cortas y repetidas que las prolongadas que a veces llevan a verdaderos debates. Se debe considerar que, en ocasiones, hay motivos ocultos de consulta que emergen cuando solicitamos a la madre o familiar acompañante que nos deje a solas con la adolescente. El lugar de la consulta debe proveer privacidad para el diálogo, ya que la adolescente es la fuente primaria de información y brindará muchos datos si el interrogatorio no es muy formal. El médico debe tomarse el tiempo necesario para explicar el por qué de tal o cuál estudio, si hay que indicar un tratamiento o pedir una interconsulta, justificando claramente lo que lo motiva a realizarla. Las explicaciones siempre ayudan a una correcta interpretación por parte de la paciente y su familia y generan contención, lo que favorece el proceso de resolución del problema. Al temor no se lo vence necesariamente con explicaciones racionales, sino con una clara demostración de cariño, de compresión y de adecuada protección. Cuando la entrevista es muy corta, con mensajes no claros y poca información, la inseguridad y el temor pueden causar dificultades en todo el proceso de diagnóstico y tratamiento posterior.

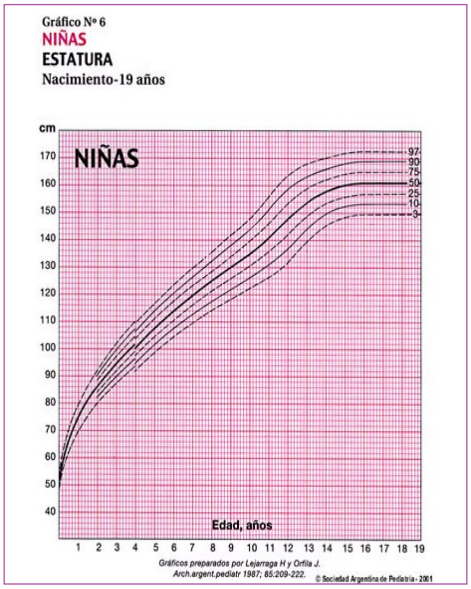
Historia clínica. Anamnesis

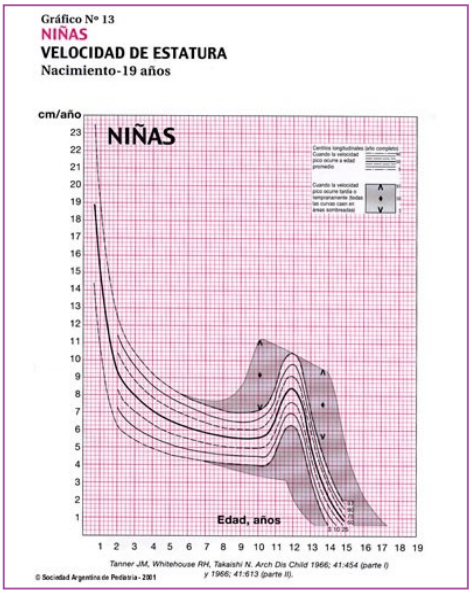
La historia clínica (HC) debe adecuarse enfatizando en el grupo familiar donde crece la niña o adolescente: edad, salud y ocupación de los padres o adultos a cargo, su relación con ellos, hermanos, y personas con quienes convive, características del lugar donde habita. Se interrogará sobre aspectos del desarrollo: embarazo materno, parto y peso al nacer, deambulación, calendario de vacunación y enfermedades de la infancia:

quirúrgicas, crónicas, uso de medicamentos, etc. Se investiga la escolaridad, rendimiento, alimentación, sueño, consumo de drogas, tabaco, alcohol, violencia, actividad física y el uso del tiempo libre (redes sociales, TV, relaciones con sus pares, deportes, etc.). En la adolescencia, la anamnesis merece especial atención dada las características propias de las pacientes y de los cambios que experimentan durante este período, tanto en el aspecto físico, psicológico, social y emocional.[1] Los antecedentes ginecológicos: edad de la telarca, pubarca, axilarca, acné, menarca y ritmo menstrual hasta la fecha. Es común interrogar acerca de cómo vivió la menarca, la aparición de los caracteres sexuales secundarios, el inicio de las relaciones sexuales (si ocurrió), uso de método anticonceptivo, el manejo de su sexualidad y su elección de pareja sexual.

Examen físico y ginecológico

Luego del interrogatorio, se plantea la realización del examen físico. Es frecuente comenzar con el registro del peso y la talla utilizando las tablas de percentilos correspondientes. Estas medidas de distribución de frecuencias permiten tener una idea del patrón de crecimiento que experimenta la paciente.





Posteriormente, con la paciente sentada, se registra pulso y tensión arterial. Se observa su actitud, la postura, características de la piel, distribución pilosa, signos de androgenización (acné, seborrea, hirsutismo), y la palpación de glándula tiroides a nivel cervical.

A continuación y con la paciente acostada, es conveniente aclarar que el examen no provoca dolor ni lesiones residuales. Se prosigue con la palpación del abdomen, regiones inguinales, y luego, con sumo respeto, se palpan ambas mamas; mediante suave expresión mamaria se buscará *la presencia de derrame por pezón*, y *la existencia de nódulo en la palpación.* Se progresa con la evaluación genital; es frecuente que con las adolescentes, el profesional suela «pedir permiso» para la evaluación de aquellas zonas que generen más pudor. Hay que observar el desarrollo de caracteres sexuales secundarios y registrar el estadío mamario y de vello pubiano, de acuerdo a TANNER.

En relación a la inspección vulvar, se debe analizar la higiene, presencia de esmegma, morfología de los labios mayores y menores (asimetrías y coloración), el capuchón y cuerpo del clítoris, signos de congestión y

presencia de flujo genital. La morfología de introito: orificio uretral y fositas parauretrales y luego, en plano posterior, las características de la membrana, orificio himeneal y horquilla posterior. En un plano aún más posterior, las características del margen de ano, sus pliegues y coloración (véase Gráfico 1). En aquellas pacientes que no han iniciado relaciones sexuales, solo con la realización de la maniobra de Capraro (maniobra de la tienda); mediante esta se tracciona suavemente los labios mayores hacia el examinador y es suficiente para visualizar correctamente las estructuras descriptas. En casos puntuales, debemos practicar el examen con hisopo vaginal o sonda nasogástrica de muy pequeño calibre (K33 o 35) para constatar la permeabilidad vaginal. La exploración ginecológica interna puede postergarse si la patología no lo exige.

Para aquellas adolescentes que refieran inicio de relaciones sexuales, el examen ginecológico se completa con colocación de espéculo, realización de colposcopía y toma cervical para Papanicolaou, previa toma de muestras vaginales y cervicales para investigar infecciones de transmisión sexual (ITS) si se observan secreciones, síntomas vulvovaginales o registro de situaciones de riesgo en la HC. El tacto vaginal suele ser útil para orientar aquellos cuadros de abdomen agudo asociados a enfermedad pelviana inflamatoria (EPI) o para detectar la posibilidad de tumores o embarazo. Es importante aclarar que, en la primera consulta, es posible postergar la realización del estudio de cuello uterino a la segunda visita.

Técnicas para la evaluación vulvoperineal

Para la evaluación vulvoperineal es fundamental contar con una buena iluminación, ya sea natural o artificial, que en muchas ocasiones está dada por el colposcopio, que permite además tomar fotografías. Si bien, en la

actualidad, el registro fotográfico es ampliamente utilizado, se sigue reforzando el concepto de dibujar y explicar los hallazgos del observador consignando su localización a manera de aguja de reloj (Foto 1).

Las posiciones utilizadas para la evaluación genital son la *supina* (paciente acostada en decúbito dorsal) y la *genupectoral* (cabeza lateralizada y antebrazos y rodillas apoyados sobre la camilla) (figuras A y C, respectivamente, del Gráfico 2). Otra variante, en aquellos casos que las niñas se resistan a ser tocadas por el médico, es la separación de los labios mayores por parte de la madre o la misma paciente (figura B del Gráfico 2). En la práctica cotidiana, la supina es la más aceptada y utilizada. Es común pedirle a la paciente que coloque las piernas flexionadas en posición de rana, o separadas en los estribos (en caso de adolescentes). En decúbito supino, la tracción en tienda de los labios mayores permite visualizar el vestíbulo, orificio y membrana himeneal.

La posición genupectoral exterioriza el himen, se observan las paredes vaginales y resuelve dudas en caso de estar ante la presencia de un himen de borde redundante o la presencia de una escotadura completa o incompleta. También permite definir las características del margen perianal, pliegues, coloración y funcionalidad del esfínter. Esta técnica es muy útil en casos de sospecha de abuso sexual y siempre hay que recordar que se debe consignar en la HC en qué posición y con qué maniobra se encontró cada uno de los hallazgos descriptos en la evaluación.

En aquellos casos en los que se dificulta la visualización del orificio himeneal, es posible la utilización de una sonda nasogástrica de fino calibre o un hisopo uretral humedecido con solución fisiológica para exponer las características del reborde himeneal.

Características del introito vaginal y sus estructuras

En los últimos veinte años, los estudios longitudinales y transversales de niñas han mejorado la comprensión de la anatomía anogenital. La morforlogía que puede presentar la membrana himeneal es variada. El diámetro del orificio del himen es variable y las mediciones transversales y anteroposteriores están influenciadas por la edad, la relajación de la niña, el método de exploración y de medición, y el tipo de himen.[2] Emans y cols. evaluaron niñas de entre 3 y 6 años y encontraron medidas transversales del himen entre 1 y 6mm y anteroposteriores entre 1 y 7 mm.

En dos estudios se confirmó que todas las niñas (se evaluaron más de 1.500 recién nacidas exploradas) presentaban himen, y que en su mayoría era anular.[2] Berenson y Grady evaluaron niñas entre 3 y 9 años encontrando en su mayoría hímenes anulares con orificios centrales; los hay fimbriados, de borde libre redundante y septados a tabicados.[3] Estos últimos, si bien permiten la presentación de la menarca, en algunas ocasiones merecen resolución quirúrgica antes del inicio de la actividad sexual. El bajo nivel estrogénico en los primeros años de vida provoca una reducción del tamaño del himen redundante observado en los primeros días de vida por el excesivo nivel de estrógenos materno.[4] En ocasiones, las recién nacidas son enviadas para evaluación por probables malformaciones, y lo que se observa es una membrana himeneal protuberante y rosada, que, con la maniobra de la tienda, se expone completamente desde el borde de implantación (Foto 2). Es frecuente encontrar en las neonatas crestas externas del himen, bandeletas periuretrales y perihimeneales que son bandas de tejido desde uretra e himen, respectivamente, a la cara interna de labios menores. El hipoestrogenismo fisiológico en la infancia da un color aframbuesado de

la mucosa, ya que este epitelio es delgado y se observan vasos por transparencia (Foto 3).

La mayor parte de los hímenes en la etapa prepuberal pueden presentar una muesca o hendidura en hora 12 que McCann ha dado en llamar *hímenes de transición* ya que cambian de morfología al crecer la paciente. Es posible encontrar otras muescas o escotaduras incompletas de 1-2 mm, borde redondeado y liso en zonas posteriores en niñas no abusadas.[5, 6, 7]

Algunas formas himeneales menos frecuentes son el *himen «en delantal o bolsillo»*, que puede aparecer ante un ojo no avezado como himen imperforado. En estos casos puede utilizarse una sonda K33 para insinuar el orificio que suele presentarse bien anterior cercano a la uretra (Foto 4). En las niñas con sobrepeso, al realizar la maniobra de la tienda en posición supina, es posible ver un orificio amplio con bordes himeneales delgados que se elongan en sentido vertical y permiten ver los pliegues de la pared vaginal posterior; es posible que el pediatra confunda este hallazgo cuando en realidad se trata de una variante de la normalidad.

Características del ano

El ano debe examinarse siempre para valorar la higiene y la posible presencia de lesiones. La distribución simétrica de los pliegues perianales es habitual, pero es frecuente hallar hiperpigmentación y eritema en niñas sanas. Los repliegues perianales en el margen anterior del ano y la *diastasis ani* (ausencia de fibras musculares del esfínter externo) en hora 6 y 12 son hallazgos que suelen presentarse al examen físico con relativa frecuencia.

Otras observaciones halladas en niñas sanas son la congestión venosa perianal que se visualiza mejor en la posición genupectoral y la dilatación

anal progresiva del esfínter externo y luego del esfínter interno. Las fisuras anales pueden ser producto de un abuso sexual pero también de una historia de constipación, y el fallo de fusión de la línea media desde el ano hasta la horquilla posterior, presente desde el nacimiento, puede diagnosticarse erróneamente como traumático (Foto 5). La dilatación mayor a 2 cm sin materia fecal en el recto se observó en escaso porcentaje (1,2 %).[8]

Consideración final

Finalmente, es fundamental recordar que la interdisciplina es el enfoque correcto para el abordaje integral de niñas y/o adolescentes que pasan por distintas crisis evolutivas. Este enfoque pone énfasis en el protagonismo de las adolescentes en el desarrollo de su propio bienestar; en la influencia de los factores culturales, contextuales y personales; y vincula la calidad de vida con los aprendizajes que facilitan el autocuidado en términos de competencias para la vida, para el establecimiento de relaciones personales, prevención de ITS y para la planificación familiar.

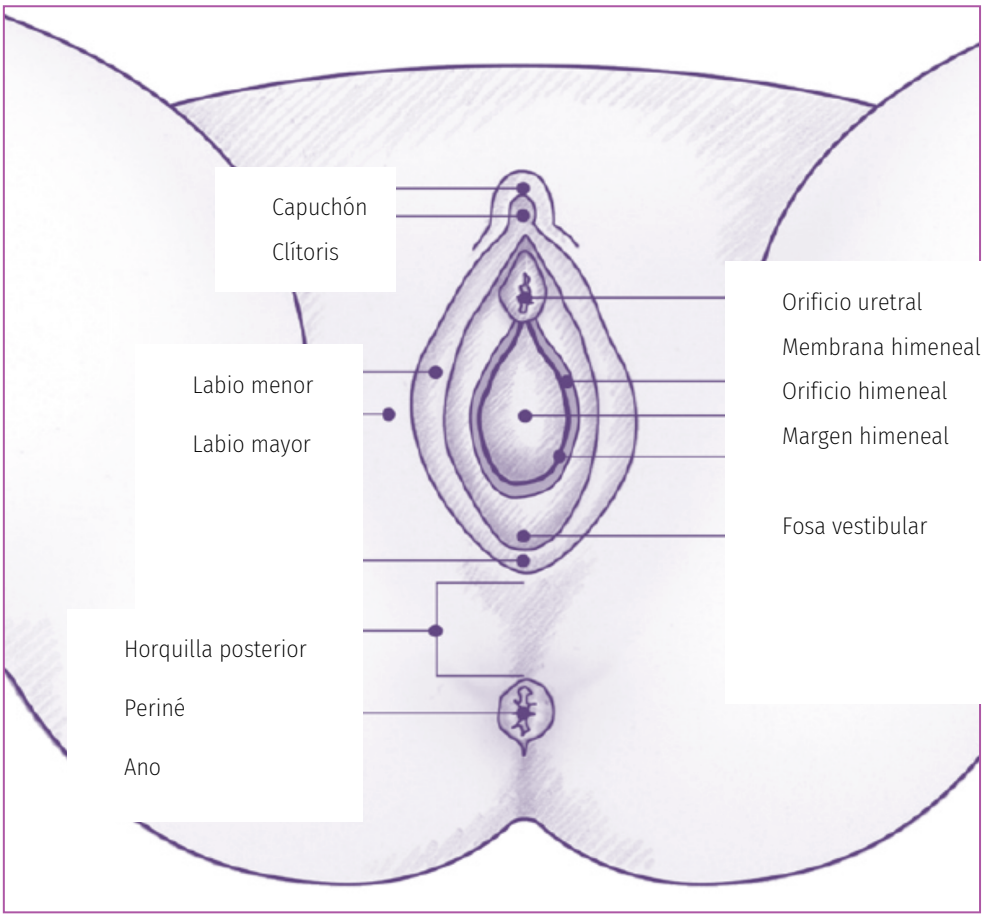


GRÁFICO 1. MORFOLOGÍA DE LA VULVA EN POSICIÓN SUPINA

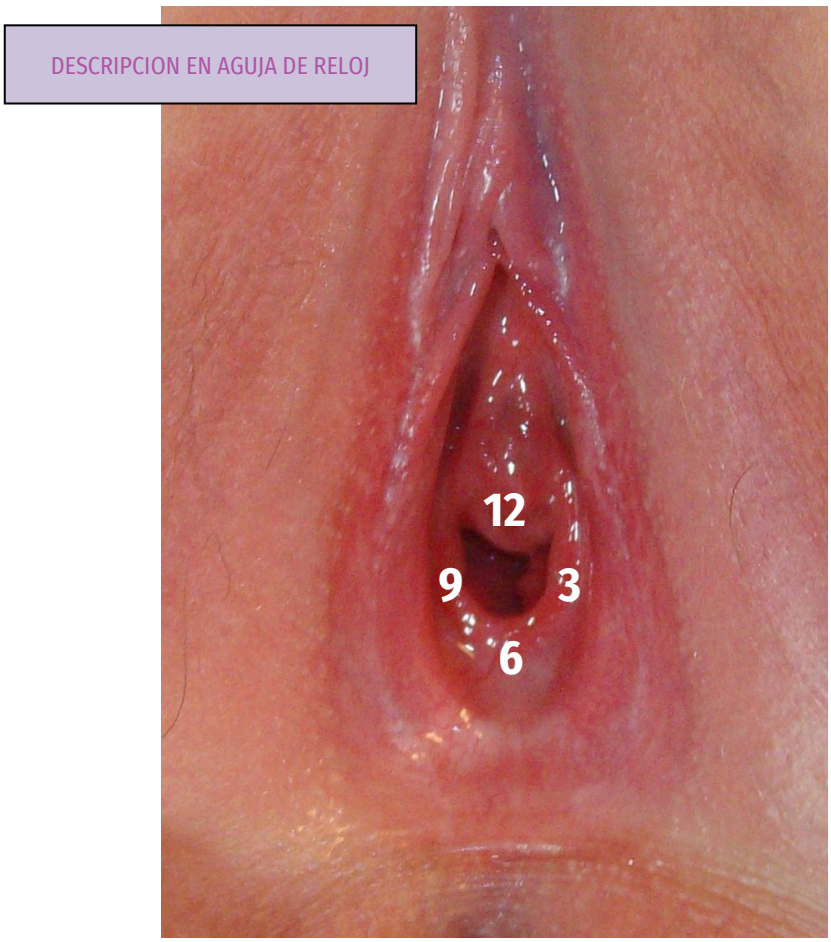


FOTO 1. LA DESCRIPCIÓN DE LOS HALLAZGOS DEBE SER GRAFICADA Y FOTOGRAFIADA SI ES POSIBLE

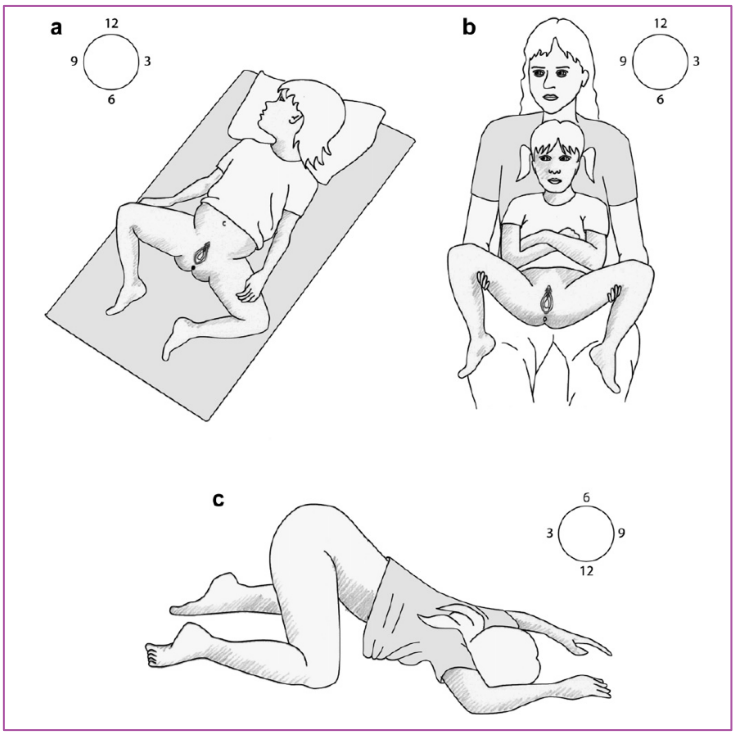


GRÁFICO 2. TÉCNICAS PARA LA EVALUCIÓN GINECOLÓGICA. A: DECÚBITO SUPINO, B: AUTOEVALUACIÓN, C: GENUPECTORAL

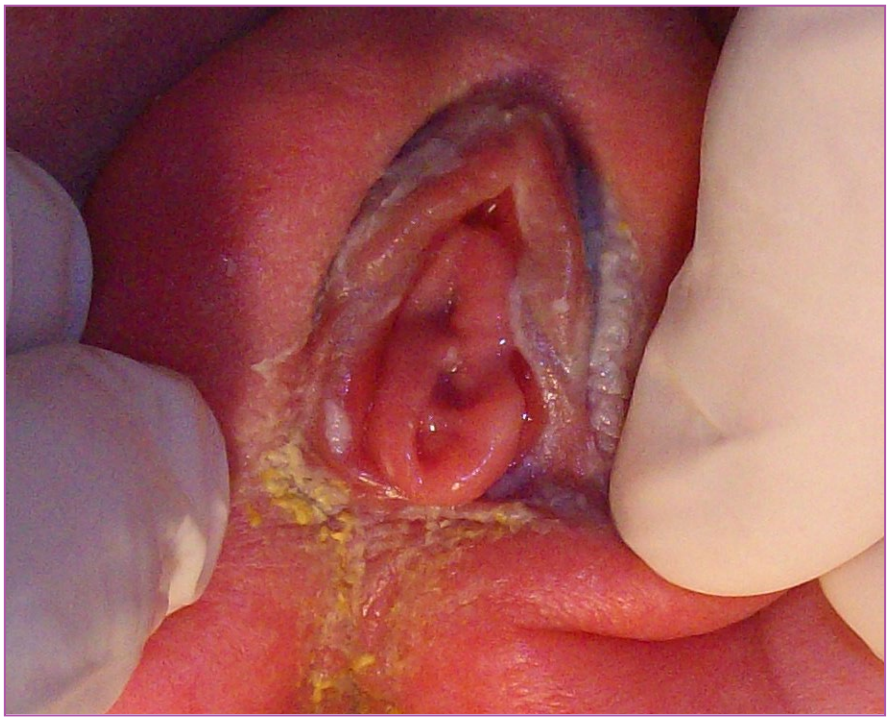


FOTO 2. HIMEN REDUNDANTE EN LA RECIÉN NACIDA CON CARACTERÍSTICAS ESTROGÉNICAS

FOTO 3. MUCOSA HIMENEAL AFRAMBUESADA, CARACTERÍSTICA DEL HIPOESTROGENISMO QUE SE OBSERVA EN LA INFANCIA

FOTO 4. HIMEN EN DELANTAL QUE SE EXPONE LUEGO DE LA COLOCACIÓN DE UNA PEQUEÑA SONDA K33

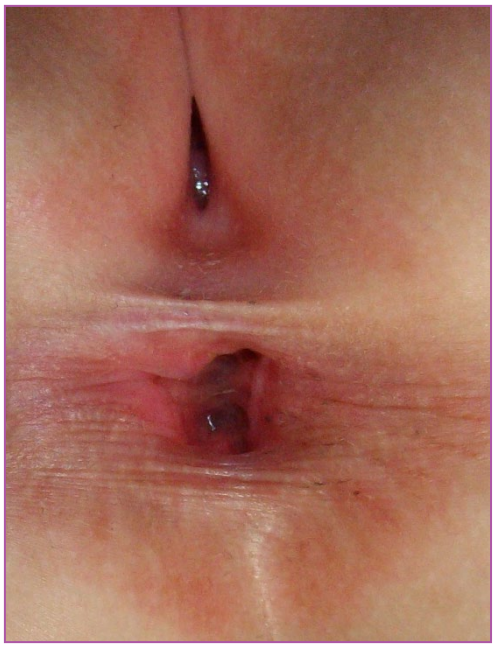


FOTO 5. PÉRDIDA DE PLIEGUES ANALES EN UN CASO DE ABUSO SEXUAL INFANTIL

Bibliografía

(1) Varas Cortés J. Exploración ginecológica en adolescentes. *Rev Obstet Ginecol*. 2007;2(1):58-61.

(2) Emans SJ. Evaluación de la niña y la adolescente en la consulta. En *Ginecología en la Infancia y la Adolescencia*. 6ª edición, Lippincott, Williams & Wilkins. 2012. Cap.1:5-20.

(3) Jenny C, Kuhns ML, Arakawa F. Hymens in newborn female infants. *Pediatrics* 1987;80:399.

(4) Berenson AB, Grady JJ. A longitudinal study of hymenal development from 3 to 9 years of age. *J Pediatr*. 2002;140(5):600-607. <https://doi.org/10.1067/mpd.2002.123101>

(5) Berenson AB. Appearance of the hymen at birth and one year of age: a longitudinal study. *Pediatrics*. 1993;91(4):820-825.

(6) Heger AH, Ticson L, Guerra L, Lister J, Zaragoza T, McConnell G, Morahan M. Appearance of the genitalia in girls selected for non-abuse:review of hymenal morphology and nonspecific findings. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2002;15(1):27-35. <https://doi.org/10.1016/S1083-3188(01)00136-X>

(7) Myhre AK, Berntzen K, Bratlid D. Genitalia anatomy in non-abused preschool girls. *Acta Paediatr*. 2003;92(12):1453-1462.

(8) Pillai M. Genital findings in prepubertal girls: What can be concluded from examination? *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2008;21:177-185. <https://doi.org/10.1016/j.jpag.2007.08.005>

(9) Mc Cann, Wells R, Simon R, Voris J. Genital findings in prepubertal girls selected for nonabuse: a descriptive study. *Pediatrics*. 1990;86:428.