

Motivos de consulta más frecuentes en ginecología infanto juvenil

ANAHÍ RUBINSTEIN

UNIDAD DE GINECOLOGÍA

HOSPITAL DE NIÑOS «SUPERIORA SOR MARÍA LUDOVICA» (LA PLATA)

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)

Resumen

La consulta a edades tempranas es un hábito de gran importancia en el futuro de la salud de la mujer. Despierta casi invariablemente algún tipo de fantasía ligada a la sexualidad, femineidad o maternidad, que será diferente según la historia personal y el período evolutivo por el que atraviesa la paciente. Es una inquietud habitual de las madres saber cuándo es el momento en el cual sus hijas deben concurrir 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. Sin duda que el momento oportuno será decisivo a la hora de detectar probables patologías, o sencillamente, analizar el significado y la relevancia de la prevención primaria.

Palabras clave

Consulta ginecológica; edades; decisión; oportunidad diagnóstica.

La Ginecología Infanto Juvenil (GIJ) ofrece una atención ginecológica especializada en niñas y adolescentes, abarcando un período de desarrollo caracterizado por cambios físicos, psicológicos y sociales. Es así que se presentarán frente al médico situaciones significativamente distintas según se trate de la atención de una niña, de una púber o de una adolescente.

La plasticidad para acompañar esas diferencias y el conocimiento de las características propias de cada etapa evolutiva permiten al ginecólogo ubicarse de un modo apropiado frente a la paciente y a su demanda, así como diseñar estrategias terapéuticas convenientes según el momento del desarrollo y las características particulares de cada caso.⁽¹⁾ El médico debe estar comprometido con la tarea, tener buena disposición, paciencia y poseer idoneidad profesional. Debe defender los derechos de los niños y jóvenes, presentando tolerancia y flexibilidad, pero a su vez debe establecer normas que sirvan como marco referencial.

El abordaje debe ser integral, requiriendo que el profesional sepa reconocer la influencia, el impacto de los cambios biológicos y de la dinámica familiar y social en el contexto clínico. La paciente que llega a la consulta pertenece a un grupo social, con pautas, normas y valores; además está incluida dentro de un núcleo familiar que posee características propias, con un bagaje que determinará la forma de expresar sus síntomas y comprender la información que se le brinda. Investigar sus antecedentes personales y familiares, estructura y vínculos

en la familia, vivienda, educación, trabajo, vida social y hábitos de vida, sexualidad, situación psicoemocional y desarrollo cognitivo, hace al abordaje integral.

La interdisciplina debe ser una concepción a adoptar y defender en la forma de atención.

La consulta a edades tempranas es un hábito de gran importancia en el futuro de la salud de la mujer. Despierta casi invariablemente algún tipo de fantasía ligada a la sexualidad, femineidad o maternidad, que será diferente según la historia personal y el período evolutivo por el que atraviesa la paciente. En el caso de la niña, también nos encontramos con las fantasías y temores de los padres, que la evaluación les pueda producir dolor o trauma emocional, o sentir angustia ante la exposición de los genitales. Por ello el clima cordial y la contención profesional son fundamentales.

A su vez, a medida que la niña crece y logra mayor independencia, su rol es más activo en la consulta.

La *pubertad* es un proceso de crecimiento y desarrollo que suele traer interrogantes y genera angustia ante la transformación del cuerpo y cambios en los vínculos familiares. La consulta contribuye entonces a conocer el proceso normal de desarrollo puberal y se valorará la cronobiología de los eventos puberales: incremento de la velocidad de crecimiento, sudoración, telarca, leucorrea fisiológica, pubarca, axilarca, acné y seborrea. Finalmente cuando el desarrollo de los caracteres sexuales alcanzan el estadio III/IV de Tanner, se produciría la menarca.

La *menarca* es un acontecimiento importante en la vida de la niña y su familia. Estar preparada y contar con información y poseer una actitud positiva, contribuirá a darle seguridad y respaldo al crecimiento de la

paciente. El impacto no será sólo en el plano individual, sino también en el contexto familiar y socio-cultural.

¿Cuándo consultar por primera vez?

Es una inquietud habitual de las madres saber cuándo es el momento en el cual sus hijas deben concurrir 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. La paciente púber trae a la consulta diversas fantasías, dudas, temores y expectativas, así como una marcada vergüenza e inhibición para comunicar sus inquietudes. De allí la relevancia de ir creando un vínculo de confianza que le permita poco a poco sentir ese espacio como propio. La habilidad en el interrogatorio es de gran importancia para caracterizar el significado de los síntomas.⁽²⁾

Características de la adolescencia

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define como *adolescencia* al período de la vida entre la niñez y la edad adulta, caracterizado por un proceso integral de crecimiento y desarrollo que involucra la etapa de la vida de los 10 a los 20 años de edad. La adolescencia coincide con el inicio de la pubertad generalmente caracterizada por cambios físicos, mientras que la finalización de la adolescencia se relaciona con alcanzar grandes determinaciones hacia una mayor independencia psicológica y social.

Cada adolescente es único, diferente a todos los demás, y está influenciado por el momento histórico y el medio sociocultural en el cual

vive, por la geografía, raza y género al que pertenece, la carga genética con la que nació y la nutrición afectiva y alimentaria que recibió.⁽³⁾

Esta etapa está determinada por factores biológicos, psicológicos, sociales y económicos. Dado el amplio abanico de experiencias que separa a los adolescentes más jóvenes de los mayores, es común dividir esta segunda década de la vida en dos partes: la *adolescencia temprana* (de los 10 a los 14 años) y la *adolescencia tardía* (de los 15 a los 19 años).

Adolescencia temprana: comienzan los cambios físicos: aceleración del crecimiento, seguido por el desarrollo de los órganos sexuales y las características sexuales secundarias. Se acompaña de mayor conciencia de su género y adaptan su conducta y aspecto a las normas que los rodean.

Adolescencia tardía: los adolescentes adquieren mayor confianza y claridad en su identidad y sus propias opiniones, y se desarrolla la capacidad de evaluar riesgos y tomar decisiones conscientes. Es una etapa de oportunidades. Es durante estos años que los adolescentes ingresan en el mundo del trabajo o de la educación superior, establecen su propia identidad y comienzan a participar activamente en la configuración del mundo que les rodea.⁽⁴⁾

En la adolescencia se debe ofrecer en la consulta un espacio de privacidad para lograr una entrevista participativa y una buena comunicación con la paciente. Los cambios que acontecen durante la adolescencia son similares; la manera en que cada joven los vivencia es única e irrepetible.

La familia (la presencia del padre, madre o tutor) se convierte en un factor importante en cómo el adolescente vive esta etapa, ya que el apoyo y la autoridad le ayudarán a estructurar su personalidad y a superar la ansiedad que le provoca enfrentarse a los cambios.⁽⁵⁾

La participación de los adultos en la consulta, cuando ello es posible, refuerza el compromiso de éstos en el cuidado de la salud de sus hijos y ofrece la oportunidad de promover la comunicación familiar.

Consultas más frecuentes en ginecología infanto juvenil: casuística

Si bien los motivos de consulta son los mismos en los distintos centros de atención, varía su frecuencia de acuerdo al grupo etáreo que se aborda.

En la Unidad de Ginecología Infanto Juvenil del Hospital de Niños «Superiora Sor María Ludovica» de La Plata, del total de las consultas anuales (n:1.870), las alteraciones del ciclo menstrual (21 %), la evaluación ginecológica (18 %) y los cuadros de vulvovaginitis (16 %) son las consultas más frecuentes.

Consultas más frecuentes en la recién nacida

El examen de los genitales externos de la recién nacida debe ser una rutina y debe efectuarse en sala de partos; allí se observa la conformación normal y la permeabilidad vaginal.

Algunos de los motivos por los cuales se consulta en esta etapa son:

a) Anomalías de la diferenciación sexual. Hipertrofia del clítoris: ante la menor duda en la exploración inicial del recién nacido (RN), debe llevarse a cabo un minucioso examen, de manera sistemática, para prevenir la posibilidad de un diagnóstico incorrecto. Se considera que un RN presenta genitales ambiguos cuando la anatomía de sus genitales externos no permite definir su sexo. Esto puede deberse a fusiones parciales del rafe perineo escrotal, criptorquídea bilateral sin testis

palpables, hipospadias que se acompañan de criptorquídea uni o bilateral, hipospadia asociada a micropene, es decir alteraciones de los genitales externos que hacen imposible asignar sin equivocarse el sexo a un paciente.⁽⁶⁾ El nacimiento de un RN en estas condiciones representa un desafío para el equipo médico, que debe plantear de forma rápida y ordenada los diagnósticos diferenciales, como también el manejo de la situación familiar crítica. Debe ser asistido por un equipo interdisciplinario integrado por endocrinólogo infantil, genetista, cirujano especializado en cirugía infantil ginecológica y un miembro del equipo de salud mental. También se debe considerar la participación del urólogo infantil y especialista en imágenes. La urgencia médica está dada por la necesidad de descartar la hiperplasia suprarrenal congénita, que requiere un tratamiento inmediato en la forma perdedora de sal, y evitar así una crisis addisoniana.

b) Anomalías de genitales externos. Masa quística en introito: una masa interlabial es un hallazgo raro, y ocurre en diferentes entidades patológicas, que son generalmente de curso benigno.⁽⁷⁾ Deben valorarse: ureterocele ectópico, quiste himeneal, quiste vaginal, prolapso de uretra, himen imperforado con hidrocolpos. El himen imperforado es la anomalía obstructiva más frecuente del aparato reproductor femenino (**FOTO 1**). El diagnóstico debe hacerse al nacer, ya que es el momento oportuno para determinar si el himen es permeable o no. En esta etapa, es evidente un abultamiento por el hidromucocolpos, debido al aumento de las secreciones vaginales, producto del estímulo estrogénico materno.⁽⁸⁾ Para ello, un excelente recurso es la utilización de una sonda nasogástrica que se introduce a través del introito.

c) Hipertrofia mamaria fisiológica del neonato: los neonatos de ambos sexos pueden presentar un aumento del tamaño de ambas mamas. Estos

cambios transitorios se producen en respuesta a las hormonas maternas que atraviesan la placenta durante el desarrollo fetal. Generalmente aparece durante la primera semana de vida y persiste hasta que el estímulo hormonal desaparece.⁽⁹⁾ Involuciona en algunos días o en pocos meses; ocasionalmente persiste más allá del primer año de vida.⁽¹⁰⁾

d) Sangrado genital: cuando se produce sangrado, generalmente es de escasa cantidad y se autolimita. Se debe a la brusca supresión de los estrógenos maternos. No suele ser un motivo de consulta al especialista ya que habitualmente es abordado por el neonatólogo o pediatra.

e) Flujo genital: la leucorrea fisiológica se debe a la secreción de las glándulas endocervicales y paravaginales inducidas por las hormonas maternas. Esta situación se resuelve entre la 3ª y 6ª semana de vida, que es el tiempo en que el hígado metaboliza los estrógenos y el epitelio se vuelve atrófico. El hallazgo de flujo genital puede deberse a gérmenes adquiridos en el canal de parto. La infección por *Chlamydia trachomatis* y *Neisseria gonorrhoeae* se medican, independientemente de la sintomatología. La infección por HPV puede adquirirse en el canal del parto si la madre tiene lesiones exofíticas o por vía transplacentaria. En todos los casos de infecciones sexualmente transmisibles deberá descartarse HIV.⁽¹¹⁾

f) Quiste de ovario: para el diagnóstico prenatal de quiste ovárico, se debe confirmar ecográficamente que el feto sea femenino y su aparato urinario y gastrointestinal sean normales. La mayoría de estos quistes son unilaterales, en general muy móviles. En los quistes menores de 4 cm y cuyas paredes sean lisas, debe adoptarse una conducta expectante con controles ecográficos periódicos, pues suelen retrogradar espontáneamente. No debe considerarse el riesgo de malignidad. El problema o complicación más importante es la posibilidad de torsión, con

la consecuente pérdida de la gónada. La cirugía laparoscópica estaría indicada en aquellos quistes que no se resuelven luego de 4 meses, o que aumenten de tamaño.⁽¹²⁾

Sólo conociendo los temas mencionados, se puede responder las dudas planteadas y, muchas veces, dándose tiempo para conocer los análisis solicitados y la evaluación de otras especialidades cuando el caso lo requiera, ya que puede tratarse de variables normales o estar frente a una patología. La devolución del probable diagnóstico y la conducta a seguir debe ser informada a la madre y/o padre y al médico que realizó la interconsulta.⁽¹³⁾

Consultas más frecuentes en la infancia

En la *infancia temprana* (hasta los 7 años), será la madre quien relatará el motivo de consulta. En esta circunstancia, es importante escuchar y observar con atención la descripción que ella realiza del síntoma, el lenguaje verbal y no verbal, el grado de preocupación y ansiedad que presenta.

Muchos padres se asombran y angustian cuando sus hijas pequeñas son derivadas al ginecólogo. Los mitos y tabúes relacionados con los genitales suelen llevar a la falta de conocimiento sobre los problemas ginecológicos que pueden presentarse en la infancia.

Los gestos, la buena empatía, la comunicación verbal y la solvencia en la consulta son recursos muy útiles.

En la *infancia tardía* (7 a 10 años), la participación de la niña en la entrevista es más activa. Solicitar colaboración a la paciente es de utilidad en la consulta.

La devolución debe ser para la madre o adulto referente y a la niña, ambos deberán entender el diagnóstico y las conductas a seguir.

a) Evaluación del crecimiento y desarrollo: el control de crecimiento y desarrollo es de fundamental importancia y constituye una excelente herramienta para evaluar a la niña. El crecimiento está determinado genéticamente e influenciado por diferentes factores como la adecuada nutrición, estado psicosocial y el sistema neuroendocrino. Conocer los parámetros de normalidad permite detectar alteraciones y adoptar las conductas pertinentes. La progresión cronológica de la telarca, pubarca y el cambio fisiológico en la velocidad de crecimiento que acontece normalmente en una niña después de los 8 años, son motivos frecuentes de consulta. Es oportuno consultar ante la aparición de signos de desarrollo puberal antes de los 8 años, o al contrario, cuando más allá de los 14 años no hay evidencia de caracteres sexuales.

b) Telarca precoz: el desarrollo mamario en las niñas se considera prematuro cuando comienza antes de los 8 años de edad (**Foto 2**). Se denomina telarca precoz, y su etiología es variada, e incluye hipertrofia mamaria de la recién nacida, exposición a estrógenos exógenos, pubertad precoz central y quistes o tumores ováricos. La ausencia de causa demostrable define la forma idiopática. Esta última ha sido considerada como un cuadro benigno, que sólo, en pocos casos progresa hacia una pubertad precoz.⁽¹⁴⁾

c) Pubarca precoz: se define como la aparición de vello pubiano antes de los 8 años. Puede responder a diversas causas: a) *pubarca precoz idiopática*: se acepta que se produce como consecuencia de una maduración temprana de la zona reticular de la corteza suprarrenal, responsable de la esteroidogénesis androgénica; b) *por andrógenos exógenos*: esteroides anabólicos, algunos agentes anticonvulsivantes,

corticoides; c) *hiperplasia suprarrenal congénita no clásica*: la forma más frecuente se produce por deficiencia de la enzima 21-hidroxilasa; d) *tumores suprarrenales y ováricos*; e) *pubertad precoz*: raramente es el primer signo.⁽¹⁴⁾

d) Pubertad precoz: desde el punto de vista clínico la pubertad precoz central se caracteriza por la aparición de un desarrollo mamario progresivo en las niñas antes de los 8 años, con posterior aparición del vello pubiano y axilar seis meses más tarde del inicio de la telarca, avance de la edad ósea superior a dos desvíos estándar, y una velocidad de crecimiento mayor a un desvío estándar.⁽¹⁵⁾

e) Anomalías de genitales externos: hipertrofia del clítoris: se debe valorar diagnóstico tardío de hiperplasia suprarrenal congénita en primer término.

f) Flujo genital: constituye el 25 % de las consultas en Ginecología Pediátrica; la forma inespecífica es la más frecuente, siendo una forma de presentación habitual la oxiuriasis. Las niñas son particularmente susceptibles por razones anatómicas y conductuales.⁽¹⁶⁾ El bajo estímulo estrogénico del período prepuberal condiciona el adelgazamiento del epitelio vulvovaginal, pH alcalino local y labios menores finos, factores que favorecen la presencia de vulvovaginitis;⁽¹⁷⁾ también puede favorecer este cuadro la higiene inadecuada en la zona genital y hábitos exploratorios que se dan con frecuencia en este grupo etario (**FOTO 3**). La prolija anamnesis y la correcta semiología nos orientarán hacia el diagnóstico. Se indicarán medidas higiénicas y tratamiento antiparasitario cuando el caso lo requiera. Si persiste la sintomatología se valorará la solicitud de estudios bacteriológicos. El diagnóstico de vulvovaginitis por cuerpo extraño es infrecuente, se lo sospecha ante una paciente que presenta episodios reiterados de vulvovaginitis, a pesar de haber sido

correctamente tratados; también se puede presentar con un cuadro de secreción serohemática. El cuerpo extraño más frecuente es el papel higiénico; el sangrado se produce por una lesión en el epitelio vaginal anestrogénico.

g) Sangrado genital: motivo de consulta que genera preocupación en la paciente y su familia. Es importante precisar su etiología para implementar una adecuada conducta terapéutica. Las causas más frecuentes corresponden a vulvovaginitis y traumatismo genital. El cuadro de vulvovaginitis por *Shigella flexneri* puede presentar secreción sanguinolenta. La muestra enviada al laboratorio debe especificar la sospecha de *Shigella*, pues el medio de cultivo es específico. En el cuadro por traumatismo con o sin sangrado debe efectuarse una cuidadosa anamnesis y prolijo examen, que permita diferenciar si la lesión es externa o si compromete el tabique rectovaginal o vesicovaginal. Como ya se hizo referencia, el cuerpo extraño en vagina también puede ser una causa de sangrado genital. Serán el criterio médico y la experiencia las herramientas que permitan valorar ante cada paciente la conducta a seguir para arribar a un correcto diagnóstico, teniendo presente el abordaje integral.⁽¹⁸⁾

h) Patología tumoral: poco frecuente. Predomina el carácter benigno. Se debe mantener una actitud quirúrgica conservadora, ya que si bien se debe pensar en la patología tumoral, resulta importante preservar, siempre que sea posible, la fertilidad futura.

i) Traumatismo genital: el principal síntoma lo constituye el sangrado genital, seguido de dolor, en la mayoría de los casos. Puede presentar herida en genitales externos y hematoma en el sitio del trauma. Algunas veces la herida no es visible pero sí el hematoma, como en el caso de caídas a horcajadas (**FOTO 4**).⁽¹⁹⁾

j) Afecciones dermatológicas de la vulva: abarcan un amplio espectro de lesiones dermatológicas, infecciosas y tumorales. Alteraciones en la pigmentación: acantosis *nigricans*, vitiligo; dermatitis; lesiones eritemato-escamosas: psoriasis; lesiones úlcero-vesiculosas: herpes, varicela, lúes primaria; lesiones verrugosas: HPV (condiloma acuminado), lúes secundaria (condiloma plano); enfermedades sistémicas: acrodermitis enterohepática, enfermedad de Crohn; tumores benignos: hemangioma, lipoma, quiste, pólipo himeneal y vaginal; tumores malignos: sarcoma botriode, melanoma. Dentro de las enfermedades no neoplásicas se encuentra el liquen escleroatrófico; es la enfermedad epitelial crónica no neoplásica más frecuente de la vulva, de etiología incierta, de causas autoinmunes, genéticas, infecciosas y endocrinológicas. La piel tiene aspecto blanco apergaminado y puede presentar lesiones por rascado, como escoriaciones y/o erosiones (Foto 5). El tratamiento de elección, en la infancia, es el uso de corticoides tópicos potentes como el propionato de clobetasol.⁽²⁰⁾ La fusión de labios menores es una afección adquirida que se presenta en niñas prepuberales en las que desaparece parcial o totalmente la hendidura vulvar por adherencia de labios menores en la línea media (Foto 6). La frecuencia es de 0,6 a 5 %, aunque se cree que puede ser mayor debido a que en su mayoría es asintomática y no se reporta. Se presenta con mayor frecuencia entre los 3 meses y 3 años de edad. Se desconoce su etiología; se relaciona con los bajos niveles de estrógenos.⁽²¹⁾ Se especula que esto no es una condición suficiente y que es necesario el despulimiento de la mucosa ocasionado por irritación local para producir esta adhesión. El tratamiento consiste en la aplicación de cremas con estrógenos. Es recomendable explicar a los padres sobre la naturaleza benigna de la afección y hábitos de higiene adecuados.

k) Hipertrofia de labios menores: este mayor crecimiento de los labios le genera a la paciente, a veces, cierta incomodidad. En caso necesario, se puede realizar su resección una vez concluida la etapa de desarrollo.

l) Abuso sexual infantil (ASI): constituye un motivo de consulta en la práctica ginecológica infanto juvenil que ha registrado un notable incremento en la última década. Este aumento probablemente se deba a una mayor libertad de expresión, así como a un diagnóstico oportuno desde el ámbito asistencial. Se debe tener en cuenta que la ausencia de lesiones y de infección genital no descarta la posibilidad de ASI. El abordaje de esta temática requiere de un equipo interdisciplinario que conozca la interrelación con el sistema legal y social.⁽²²⁾

m) Dolor abdominal: el dolor localizado en hemiabdomen inferior o en la pelvis es un motivo de consulta frecuente. La etiología es variada. Por tratarse de un síntoma inespecífico y con importante variabilidad individual se hace necesaria una correcta evaluación con un abordaje integral de la paciente.

Consultas más frecuentes en adolescentes

a) Inicio de relaciones sexuales: consultan previamente o luego de haber iniciado. Encontrar un espacio de contención, donde puedan ser comprendidas y aconsejadas, es de suma importancia. La información y el asesoramiento para la buena evolución de la sexualidad son el eje en la etapa adolescente. Estimular la adopción de medidas que tengan que ver con el cuidado de la salud es de vital importancia para disminuir los riesgos de infecciones genitales y embarazos no planificados.

b) Anticoncepción: es una causa frecuente de consulta. Concurren solas o acompañadas por su pareja, amigas, madre o familiar. Se debe

aprovechar la oportunidad para, además de realizar una buena asesoría respecto a los métodos anticonceptivos, detectar factores de riesgo y hacer prevención de infecciones de transmisión sexual. La doble protección: preservativo para la prevención de ITS, asociado a métodos anticonceptivos hormonales debería ser reforzado en los adolescentes.⁽²³⁾

c) Hipertrofia de labios menores: en los últimos años se ha incrementado la consulta por reducción de labios menores vulvares en la población en general. Se debe tranquilizar a las pacientes asegurándoles que no se trata de una anomalía grave del desarrollo, y no tiene relevancia patológica. En ocasiones puede producir dolor, irritación, dificultad en las relaciones sexuales e infección. En los casos sintomáticos se dan pautas sobre higiene, evitar ropas ajustadas. Si no hay mejoría o le genera stress psicosocial se recomienda una cirugía de labioplastia.⁽⁸⁾ La meta de la cirugía estética y reparadora es corregir los defectos físicos que afectan negativamente la imagen corporal y, por ende, mejorar la calidad de vida.⁽²⁴⁾

d) Trastornos del ciclo menstrual: en la adolescencia, la alteración del ciclo frecuentemente es un síntoma transitorio de disfunción fisiológica; hay un pequeño número de pacientes que tendrá una patología orgánica. Por eso, en esta etapa de la vida la diferenciación de lo que es normal de lo anormal se considera un desafío. Debe tenerse en cuenta la repercusión del trastorno menstrual en el entorno biológico y psicosocial tanto de la paciente como de la familia, siendo imprescindible un abordaje integral. Recientemente, se ha propuesto que la evaluación de los ciclos menstruales en las adolescentes se considere como un signo vital, tal como el registro de la frecuencia cardíaca y de la tensión arterial.⁽²⁵⁾ Del total de los trastornos del ciclo menstrual atendidos en la Unidad de Ginecología Infanto Juvenil del Hospital de Niños de La Plata, la

hemorragia genital corresponde al 28 %; la forma más frecuente de presentación es la hemorragia uterina disfuncional debida a la inmadurez del eje hipotálamo hipófiso-gonadal, característica de los primeros años postmenarca. Se debe estar atento a cuadros de trastornos de conducta alimentaria, ya que es una importante oportunidad para el diagnóstico de esta entidad. Siempre el abordaje debe ser interdisciplinario.

e) Dismenorrea: es un síndrome caracterizado por dolor espasmódico y cíclico durante los primeros días de la menstruación, pudiendo acompañarse de manifestaciones subjetivas como cefaleas, náuseas, diarreas, tenesmo vesical y rectal, lipotimia y cambios emocionales; constituye un motivo de consulta frecuente en la adolescencia. En la mayoría de los casos la dismenorrea es primaria o funcional, es imprescindible el abordaje integral. En aquellas pacientes que no responden al tratamiento médico, debe descartarse patología orgánica. Se debe tener en cuenta la presencia de endometriosis: los síntomas más frecuentes de esta patología son dismenorrea, dolor pelviano crónico, infertilidad o masa pélvica.⁽²⁶⁾

f) Flujo vaginal. Vulvovaginitis: es importante explicar a las pacientes las características del flujo fisiológico; la presencia de lactobacilos dan lugar a la leucorrea. Las vulvovaginitis más frecuentes son las micosis candidiásicas. En las adolescentes con inicio de relaciones sexuales se pueden hallar gérmenes de transmisión sexual como *Gardnerella vaginalis*, *Trichomonas vaginalis*, *Chlamydia trachomatis*, entre otros.

g) Patología mamaria: corresponde al 5,5 % de las consultas en la Unidad de Ginecología Infanto Juvenil del Hospital de Niños de La Plata. La mama ocupa un lugar de relevancia dentro del esquema corporal de la mujer; es el carácter sexual secundario más evidente del desarrollo sexual; la consulta por esta patología preocupa a la paciente. **Mastalgia:** consulta

más frecuente (60 %) en patología mamaria. Las anomalías normales del desarrollo e involución (ANDI), producidas por un desbalance estrógeno-progesterona, se presentan como mastalgias cíclicas; en el examen mamario habitualmente se evidencian nodularidad en ambos cuadrantes súpero externos. **Anomalías del desarrollo:** la asimetría mamaria es la forma de presentación más frecuente. **Nódulos:** las masas palpables en las adolescentes no son frecuentes y predominantemente son benignas.⁽²⁷⁾ La ultrasonografía es el método auxiliar de elección para evaluar la mama predominantemente densa en la población infanto juvenil. El tumor más frecuente en esta población es el fibroadenoma.

h) Algias pelvianas: se debe hacer el diagnóstico diferencial con patologías no ginecológicas, principalmente en las pacientes que presentan dolor sin relación con la menstruación; en estos casos se debe valorar la etiología intestinal, urinaria u ósea. Dentro de las causas ginecológicas, se incluyen patologías de embarazo, malformaciones, infecciones, tumores y traumatismos.⁽²⁸⁾ La enfermedad inflamatoria pélvica será sospechada cuando el dolor pélvico va acompañado de hipertermia, sobre todo en pacientes con dispositivos intrauterinos. Se produce habitualmente a partir de una inflamación del tracto genital bajo. Los principales agentes etiológicos son *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, anaerobios (*Bacteroides fragilis*) y agentes aerobios grampositivos.⁽²⁹⁾

i) Hirsutismo, acné: el hiperandrogenismo es la expresión clínica del aumento de la secreción de andrógenos, de una mayor sensibilidad de los receptores periféricos o de una combinación de ambas. Puede manifestarse como hirsutismo, acné, alopecia androgénica y oligomenorrea. Las causas que lo producen varían, desde el aumento del vello con patrones de crecimiento normales, forma idiopática, hasta ser la

primera manifestación de hiperproducción androgénica adrenal, debiendo realizarse tempranamente los diagnósticos diferenciales para determinar la conducta y el tratamiento oportuno.⁽³⁰⁾ El *síndrome de ovario poliquístico* (SOP) es una de las alteraciones endocrinas más frecuentes descritas en la bibliografía. Se caracteriza por la presencia de oligoanovulación, hiperandrogenismo clínico o bioquímico y morfología de ovarios poliquísticos. Se evaluará en cada caso el tratamiento ante la irregularidad menstrual, hirsutismo, acné, anticoncepción y cuadro de resistencia a la insulina, en caso de presentarse. Se valorará el tratamiento estético-dermatológico.

j) Quistes. Tumores de ovario: el uso de la ecografía ha incrementado la detección de quistes de ovario en la población infanto juvenil. La mayoría son funcionales; en las adolescentes se valorará la persistencia en control ecográfico en el postmenstruo inmediato. El manejo de estos quistes está relacionado con su apariencia ecográfica y los síntomas clínicos acompañantes. Tendrá indicación de cirugía una paciente con síntomas de torsión o hemorragia intra-abdominal, o la presencia de una imagen sólida.⁽¹²⁾ Los tumores germinales son los más frecuentes en esta población; el teratoma maduro es la forma habitual de presentación. Los tumores epiteliales son infrecuentes antes de los 18 años. Antes de la cirugía debe llevarse a cabo una evaluación preoperatoria adecuada que incluya además de la ultrasonografía, marcadores tumorales. Si éstos son negativos y el aspecto de la imagen evidencia poca sospecha de malignidad, debe considerarse la cirugía mínimamente invasiva.⁽³¹⁾

La actitud en prevención es un concepto que debe estar presente en la práctica asistencial, apoyar y promover el desarrollo humano, favorecer las potencialidades personales, dar respuesta a los derechos de los jóvenes,

ya que lo importante no sólo es prevenir y curar, sino el respeto a la dignidad humana.

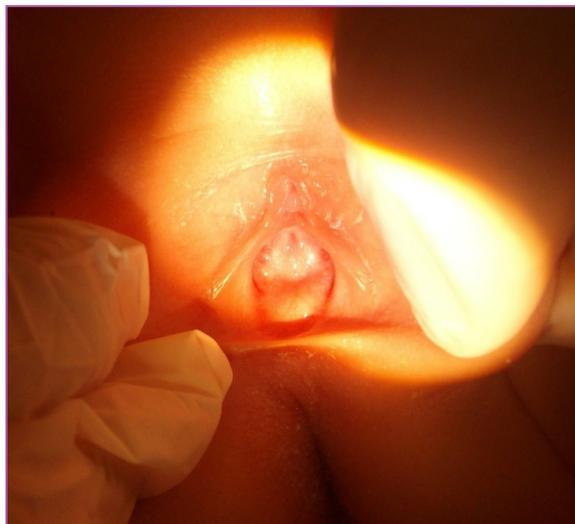


FOTO 1. HIMEN IMPERFORADO



FOTO 2. TELARCA PRECOZ EN UNA NIÑA DE 3 AÑOS DE EDAD



FOTO 3. VULVOVAGINITIS AGUDA



FOTO 4. TRAUMATISMO VULVAR CON COMPROMISO DEL CAPUCHÓN DEL CLÍTORIS. HEMATOMA LABIO MAYOR DERECHO

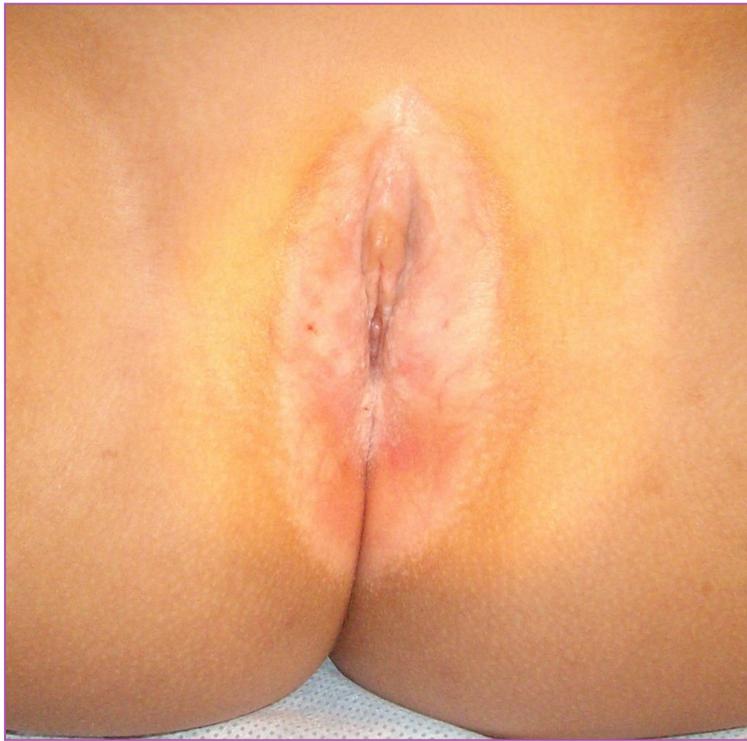


FOTO 5. LIQUEN ESCLEROSO VULVAR



FOTO 6. FUSIÓN COMPLETA DE LABIOS MENORES

Bibliografía

- (1) FERRATTI A. Aspectos psicológicos de la consulta ginecológica en la niñez y pubertad. *Rev Soc Arg Ginecol Inf Juv.* 2004;11(2):171-175.
- (2) RUBINSTEIN A. Ginecología Infanto Juvenil. *Revista de la Cooperadora del Hospital de Niños.* 2012;14(87):20-22.
- (3) PASQUALINI D. Los y las adolescentes. En: *Salud y bienestar de adolescentes jóvenes: una mirada integral.* 1ª Edición. Buenos Aires: OPS; 2010. Cap. 1, pp. 27-39.
- (4) JOHNSON SB, BLUM RW, GIEDD JN. Adolescent Maturity and the Brain: The promise and pitfalls of neuroscience research in adolescent health policy. *J Adol Health.* 2009;45(3):216-221. <<https://dx.doi.org/10.1016%2Fj.jadohealth.2009.05.016>>
- (5) PAPALIA D, OLDS S, FELDMAN R. Desarrollo físico y cognoscitivo en la adolescencia. En: *Desarrollo humano.* 9ª Edición. México: Mc Graw Hill; 2004. Parte V; cap.10, pp. 424-466.
- (6) PÉREZ E, BAILEZ M. Genitales ambiguos. En: LEWITAN G (ed.). *Ginecología de niñas y adolescentes.* Ediciones Journal; 2013, cap. 6, pp. 53-62.
- (7) BREYSEM L, RAYYAN M, BOGAERT G, VANHOLE C, SMET M-H. High-resolution perineal ultrasound of a paraurethral cyst in neonate. *European Society of Radiology* 2008:2701-2703. <<https://doi.org/10.1007/s00330-008-1007-9>>
- (8) EMANS S, LAUFER M. Anomalías estructurales de aparato reproductor femenino. En: Emans (ed.). *Ginecología en la infancia y la adolescencia.* 6ª edición. Philadelphia: Wolters Kluwer, Lippincott, Williams; 2013, cap. 12, pp. 188-237.
- (9) LÓPEZ KAUFMAN C. Trastornos del crecimiento y desarrollo mamario en la infancia. *Rev Soc Arg Ginecol Inf Juv.* 2004;11(2):138-143.
- (10) ESCOBAR ME, GRYNGARTEN M. Desarrollo mamario prematuro: etiología y evolución. *Revista Hospital de Niños de Buenos Aires.* 2000;45(202):62-68.
- (11) ZEIGUER N. Patología del Tracto Genital. En: *Manual de Ginecología Infanto Juvenil.* Editorial Ascune SAGI; 2003, cap. XXII, pp. 305-357.
- (12) ZUCCARDI L, BOU-KHAIR R. Quistes de ovario: manejo clínico-quirúrgico en la etapa neonatal, la niñez y la adolescencia. *Revista del Hospital de Niños de Buenos Aires.* 2003;45(202):81-89.
- (13) GARCÍA S. La consulta ginecológica en la niña. *Rev Soc Arg Ginecol Inf Juv.* 2004;11(2):93-96.

- (14) ESCOBAR ME, GRYNGARTEN M. Guías para el diagnóstico del desarrollo sexual precoz en la niña. *Revista del Hospital de Niños de Buenos Aires*. 2003;45(202):118-121.
- (15) YTURRIAGA MATARRANZ R. Pubertad Precoz Central. En POMBO M y col. *Tratado de Endocrinología Pediátrica*. 4ª Edición. Madrid: Mc Graw Hill Interamericana de España; 2009, cap. 44, pp. 505-513.
- (16) DEI M, DI MAGGIO F, DI PAOLO G. Vulvovaginitis en childhood: Best practices. *Obstet Gynaecol*. 2010;24:129-137.
- (17) OCAMPO D, RAHMAN G, GIUGNO S, RISSO P, RUBINSTEIN A. Vulvovaginitis en una población pediátrica: relación entre el agente etiológico, la edad y el estadio de Tanner mamario. *Arch Argent Pediatr*. 2014;112(1):65-74. <<http://dx.doi.org/10.5546/aap.2014.65>>
- (18) RAHMAN G, OCAMPO D, RUBINSTEIN A. Sangrado genital en la niña. *Rev Soc Arg Ginecol Inf Juv*. 2009;16(3):134-137.
- (19) SÁNCHEZ DE LA CRUZ E. Traumatismo genital. En SÁNCHEZ DE LA CRUZ E. *Ginecología Infanto Juvenil*. Editorial Panamericana, 2011, cap. 13, pp. 157-160.
- (20) RICOVER L. Afecciones dermatológicas de la vulva en la niña. *Rev Soc Arg Ginecol Inf Juv*. 2004;11(2):116-122.
- (21) SCHOBBER J, DULABON L, MARTIN ALGUACIL N, KOW, L-M, PFAFF D. Significance of topical estrogens to labial fusion and vaginal introital integrity. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2006;19(5):337-339. <<https://doi.org/10.1016/j.jpag.2006.06.004>>
- (22) OCAMPO D. Hallazgos ginecológicos en pacientes con sospecha de abuso sexual en un hospital pediátrico. *Rev Soc Arg Ginecol Inf Juv*. 2006;13(3):159-166.
- (23) FISHER M, LARA TORRE E. Update on Key Topics in Adolescent Gynecology. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2013;26(1):51-57. <<https://doi.org/10.1016/j.jpag.2012.09.008>>
- (24) JOTHILAKSHMI PK, SALVI NR, HAYDEN BE, BOSE-HAIDER B. Labial reduction in adolescent. A case series study. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2009;22(1):53-55. <<https://doi.org/10.1016/j.jpag.2008.03.008>>
- (25) AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS, DIAZ A, LAUFER MR, BREECH LL. Menstruation in girls and adolescents: Using the Menstrual Cycle as a Vital Sign. *Pediatrics*. 2006;118(5):2245-2250. <<https://doi.org/10.1542/peds.2006-2481>>
- (26) MIECHI H, SERPA I. Avances en reproducción. En *Endocrinología ginecológica. Una visión latinoamericana en el siglo XXI*. ALEG. Ediciones Journal; 2013, cap. 5, pp. 149-156.

- (27) EZER SS, OGUZKURT P, INCE E, TEMIZ A, BOLAT FA, HICSONMEZ A. Surgical treatment of the solid breast masses en female adolescents. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2013;26(1):31-35. <<https://doi.org/10.1016/j.jpag.2012.09.004>>
- (28) PEREYRA PACHECO B y col. Algias pelvianas agudas y crónicas. En *SAGIJ Manual de Ginecología Infanto Juvenil*. 2003, cap. XXVI, pp. 393-399.
- (29) LAILLA VICENS. Ginecología pediátrica. En: CRUZ HERNÁNDEZ. *Tratado de Pediatría Volumen II*, 9ª Edición. Editorial Ergon; 2006, cap. 21.8, pp. 1716-1723.
- (30) LORIAUX DL. An approach to the patient with hirsutism. *J Clin Endocrinol Metab*. 2012;97(9):2957-2968. <<https://doi.org/10.1210/jc.2011-2744>>
- (31) LAUFER M. Masas de los anejos. En EMANS, *Ginecología en la infancia y la adolescencia.*, 6ª edición. Philadelphia: Wolters Kluwer, Lippincott, Williams; 2013, cap. 21, pp. 381-404.

