

HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL
DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA SERVICIO DE GINECOLOGÍA
PROTOCOLOS DE ATENCIÓN PARA EL CUARTO DE URGENCIAS
PATOLOGÍA GINECOLÓGICA.

Temas:

- 1. VULVOVAGINITIS EN NIÑAS**
- 2. ADHERENCIA DE LABIOS MENORES**
- 3. TRAUMA GENITAL EN NIÑAS Y ADOLESCENTES**
- 4. SANGRADO UTERINO EXCESIVO**
- 5. MASAS ANEXIALES**

1. Autor: Dra. Margarita Castro, Servicio de Ginecología

2. Revisores:

Dra. Julissa Garisto, servicio de Ginecología, Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente.

3. Declaración de conflicto de intereses:

Tanto el autor como los revisores del protocolo declaran que no tienen conflicto de intereses.

4. Justificación:

Elaboración de guías de abordaje de patologías ginecológicas más comunes en niñas y adolescentes en el ámbito del cuarto de urgencias.

5. Alcance

Abordaje de urgencias ginecológicas por parte del pediatra.

6. Propósito

Determinar las condiciones ginecológicas que requieren un manejo de urgencias. Referir de forma oportuna a la consulta externa de Ginecología Infanto Juvenil del Hospital del Niño las patologías que requieren un seguimiento por el especialista.

7. Objetivos generales

Abordaje general de las patologías ginecológicas más comunes en niñas y adolescentes.

8. Objetivos específicos

Establecer algoritmos de abordaje según patología.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Ginecología	CÓDIGO: PR-17-09	Página 2 de 33
	Título: Protocolos de Ginecología Urgencias	Edición: Julio 2021	
	Elaborado: Dra. Margarita Castro, Ginecología	Revisión N°:0	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta, Jefe del Departamento de Docencia	Revisado: Dra. Julissa Garisto, Ginecología	

VULVOVAGINITIS EN LA NIÑA.

1. Antecedentes locales del comportamiento de la enfermedad

Se desconoce la frecuencia de la vulvovaginitis en nuestro medio. Sin embargo, se identifica como el problema ginecológico más frecuente en pre púberes.

2. Nombre de la enfermedad. (ICD10)

Vulvitis aguda N762

Vaginitis aguda N 760

Vaginitis, vulvovaginitis en enfermedades infecciosas y parasitarias N771.

3. Epidemiología

A nivel de la literatura, no se describe la frecuencia de la vulvovaginitis en niñas. Pero, se recalca que su predisposición está fuertemente asociado a factores irritantes locales y mala técnica de higiene aunado a factores anatómicos y conductuales propios de la edad.

Se registra la mayor prevalencia entre los 6 a 9 años.

4. Definición

Inflamación de los tejidos de la vulva y de la vagina, que se manifiesta clínicamente por el enrojecimiento del introito y secreción vaginal de cuantía y aspecto variable.

5. Criterios diagnósticos

Todo flujo genital en la niñez debe considerarse patológico excepto en la recién nacida y la perimenarquia que recibe el nombre de leucorrea fisiológica; y se caracteriza por ser una secreción vaginal blanca o transparente, filante, inodora, que no se acompaña de cambios inflamatorios (paciente asintomática).

Historia clínica:

Síntomas	Signos
Flujo vaginal (62-92%)	Inflamación vulvar (87%)
Eritema vulvar o de introito	Escoriaciones vulvares
Sangrado genital **	Edema vulvar
Prurito, disuria.	Flujo genital

**Vulvovaginitis asociadas sangrado genital: Strep B hemolítico, Shigella/ salmonela Yersinia, Amebas y Cuerpos extraños.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Ginecología	CÓDIGO: PR-17-09	Página 3 de 33
	Título: Protocolos de Ginecología Urgencias	Edición: Julio 2021	
	Elaborado: Dra. Margarita Castro, Ginecología	Revisión N°:0	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta, Jefe del Departamento de Docencia	Revisado: Dra. Julissa Garisto, Ginecología	

Factores predisponentes:

Factores anatómicos/fisiológicos	Factores ambientales
<ul style="list-style-type: none"> • Falta de estrógeno • pH vaginal neutro • Pobre sistema inmunológico local. • Piel vulvar delgada. • Labios mayores con poco tejido adiposo. • Labios menores pequeños. • Ausencia de vello púbico • Proximidad ano- vagina 	<ul style="list-style-type: none"> • Inadecuada técnica de higiene (defecto/exceso) • Exposición a irritantes (jabones, talco, cremas tópicas, materiales sintéticos) • Autoexploración (lavado deficiente de manos) • Juegos en arena. • Mayor tasa de infecciones respiratorias /gastrointestinales • Obesidad

6. Etiología

Las vulvovaginitis pueden ser: infecciosas o no infecciosas.

Las de origen no infeccioso pueden estar asociadas a: Tumores genitales, enfermedades sistémicas, dermatosis vulvares (liquen escleroso, trauma, dermatitis atópica) o asociadas a patología urológica o gastrointestinal.

Las de origen infeccioso son las más frecuentes y se dividen en: inespecíficas y específicas. Siendo las inespecíficas las más frecuentes (75%).

7. Diagnóstico diferencial

Vulvovaginitis infecciosas	Inespecíficas	Específicas
Fisiopatología	Alteración del equilibrio endógeno con sobre crecimiento de gérmenes comensales.	Germen único que no forma parte de la flora endógena habitual
Agentes etiológicos	Factores predisponentes. Flora endógena (entero bacterias, anaerobios) Oxiuriasis.	Gérmenes respiratorios Gérmenes entéricos Asociados a ITS * Parasitosis
Curso clínico	Síntomas de larga data y recurrentes en el tiempo.	Síntomas de inicio agudo, pueden haber reinfecciones.
Resultados del cultivo de flujo	Negativo Flora mixta	Germen específico
Tratamiento	Medidas generales. Intervenir en factores predisponentes. Tratamiento tópico sintomático	Antibiótico oral según antibiograma.

* *Gérmenes asociados a ITS: clamidia, herpes virus, gonorrea, etc.*

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Ginecología	CÓDIGO: PR-17-09	Página 4 de 33
	Título: Protocolos de Ginecología Urgencias	Edición: Julio 2021	
	Elaborado: Dra. Margarita Castro, Ginecología	Revisión N°:0	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta, Jefe del Departamento de Docencia	Revisado: Dra. Julissa Garisto, Ginecología	

8. Laboratorios y pruebas de gabinete

Urinálisis y urocultivo., frotis Gram de flujo vaginal, cultivo de flujo vaginal. Vaginoscopía (responsabilidad del Ginecólogo)

Indicaciones de toma de cultivo:

Falla de tratamiento anterior
 Sospecha de cuerpo extraño
 Sospecha de abuso sexual
 Sangrado genital

Indicaciones de Vaginoscopía:

- ▶ Sangrado genital
- ▶ Flujo vaginal fétido
- ▶ Infecciones recurrentes
- ▶ Ausencia de respuesta al tratamiento
- ▶ Sospecha de malformación asociada

9. Tratamiento

1. Medidas generales.

Lavado de genitales con solo agua o con jabones neutros.

Limpieza perineal adecuada (de adelante hacia atrás)

Eliminar la convergencia factores irritantes (jabón, talco, crema, pañales desechables, materiales sintéticos.)

Uso de emolientes en la zona vulvar (vaselina) o agentes que prevengan irritación de la zona del pañal (Ej.: óxido de zinc, acetato de aluminio).

2. Medidas específicas.

Tratamiento de parasitosis.

Tratamiento antibacteriano según antibiograma (cultivo)

En caso de ITS; ver Protocolo de atención de niños, niñas y adolescentes con sospecha o diagnóstico del síndrome de maltrato (abuso sexual).

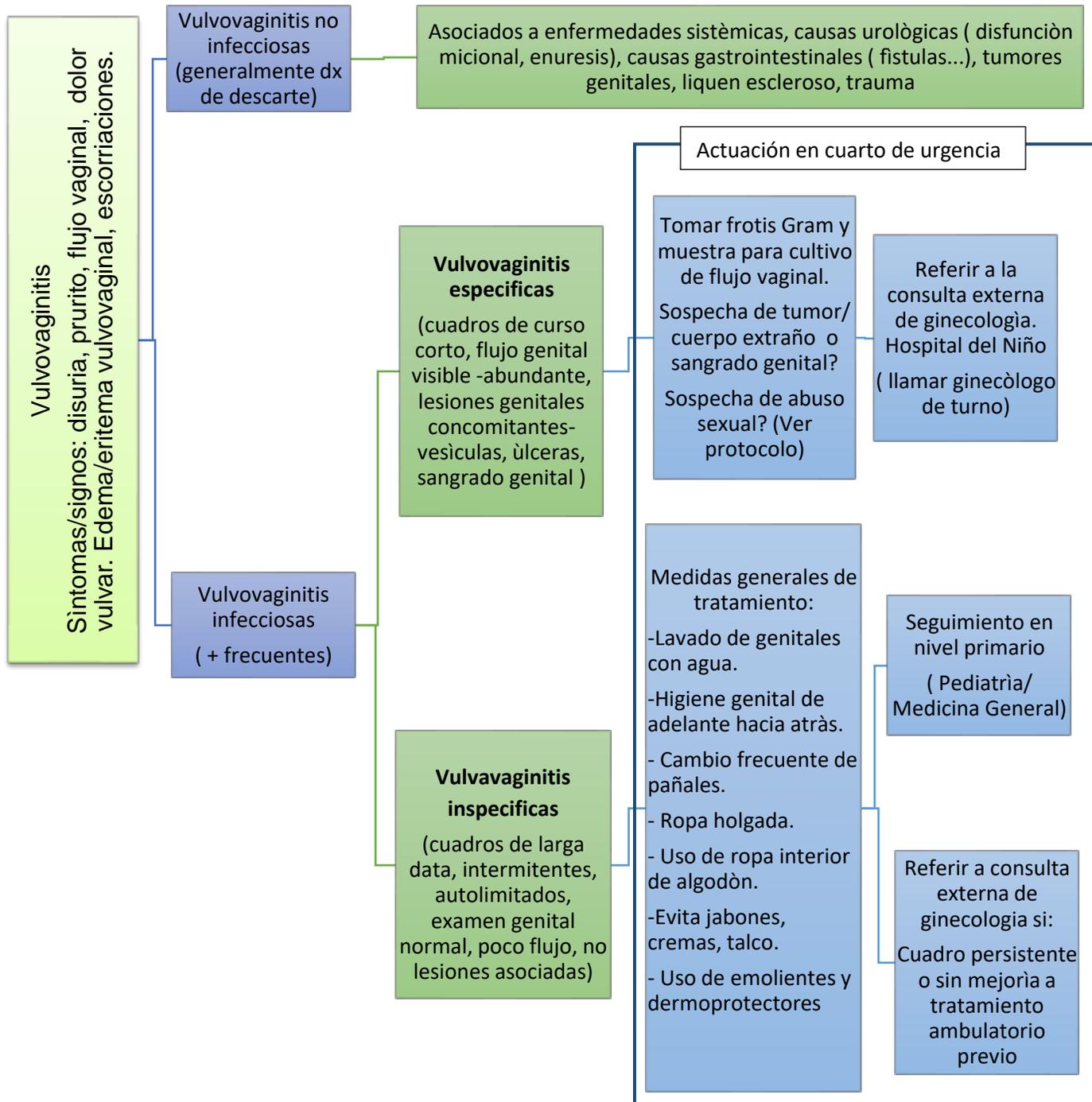
Otros tratamientos según síntomas: Baños de asiento con manzanilla, solución de Burrow, agua acidobulada.

Corticoides o estrógenos tópicos, antibióticos tópicos. (según evaluación del ginecólogo)

10. Algoritmo de abordaje



HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Ginecología	CÓDIGO: PR-17-09	Página 5 de 33
Título: Protocolos de Ginecología Urgencias	Edición: Julio 2021	
Elaborado: Dra. Margarita Castro, Ginecología	Revisión N°:0	
Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta, Jefe del Departamento de Docencia	Revisado: Dra. Julissa Garisto, Ginecología	



	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Ginecología	CÓDIGO: PR-17-09	Página 6 de 33
	Título: Protocolos de Ginecología Urgencias	Edición: Julio 2021	
	Elaborado: Dra. Margarita Castro, Ginecología	Revisión N°:0	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta, Jefe del Departamento de Docencia	Revisado: Dra. Julissa Garisto, Ginecología	

11. Criterios de referencia:

1. Sospecha de vulvovaginitis específica (cultivo/ frotis Gram de flujo vaginal)
 2. Sospecha de ITS (coordinar fecha de consulta con ginecólogo de turno)
 3. Paciente con indicación de Vaginoscopía (coordinar fecha de consulta con ginecólogo de turno)
 4. Toda paciente con historia de sangrado genital.
- Pacientes con hallazgos sugestivos de vulvovaginitis inespecíficas (ver cuadro de dx diferencial) referir a control con Pediatría o Medicina General en el nivel primario de atención.

12. Evolución y pronóstico

Las vulvovaginitis específicas generalmente se curan con el tratamiento antibiótico.

Las vulvovaginitis inespecíficas pueden tener recurrencias por falta de supervisión de las medidas de higiene general.

13. Recomendaciones para la paciente y familia

Educar a la niña sobre correcto aseo de sus genitales.

Supervisar el aseo genital y baño diario en niñas menores de 6 años.

Mantener recomendaciones sobre medidas generales de tratamiento aún después de que la paciente presente mejoría del cuadro.

Vigilar por cuadros recurrentes de vulvovaginitis asociados a cambios de conducta en las niñas (sospecha de abuso sexual)

14. Seguimiento y controles

La prioridad de evaluación y sus intervalos serán sujetos a la etiología de la vulvovaginitis.

A las pacientes que se les tomó muestra para cultivo de flujo vaginal serán evaluadas entre 3 a 5 días de su consulta de urgencias con el resultado del mismo.

Las pacientes con sangrado genital se les citará dentro de las primeras 72 horas de su consulta.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Ginecología	CÓDIGO: PR-17-09	Página 7 de 33
	Título: Protocolos de Ginecología Urgencias	Edición: Julio 2021	
	Elaborado: Dra. Margarita Castro, Ginecología	Revisión N°:0	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta, Jefe del Departamento de Docencia	Revisado: Dra. Julissa Garisto, Ginecología	

ADHERENCIA DE LABIOS MENORES

1. Antecedentes locales del comportamiento de la enfermedad

La adherencia de labios menores en conjunto con la vulvovaginitis es la primera causa de referencia a consulta externa de Ginecología Pediátrica en el Hospital del Niño.

Se presenta con más frecuencia en niñas con antecedentes de dermatitis del pañal o de irritación de los genitales externos o mala técnica de aseo.

2. Nombre de la enfermedad.

Fusión de labios menores Q52.5 (ICD 10)

3. Epidemiología

Incidencia en la población pediátrica femenina de es 0.6 a 5%.

Edad de presentación entre los 3 meses a 6 años de edad, con un pico máximo éntrelos 13 y 23 meses.

Sólo requiere intervención de urgencias cuando se asocia a retención urinaria.

4. Definición

La sinequia de labios menores se define como una unión membranosa del borde libre de los labios menores. Es una patología adquirida, no congénita, cuya etiología no está totalmente esclarecida.

Tabla 1

Condiciones asociadas a adherencia de labios menores:

Factores mecánicos: Uso de pañal, escasa o excesiva higiene perineal, uso de irritantes locales (jabones, talco, cremas tópicas), diarreas recurrentes, trauma perineal contuso (bicicleta), circuncisión femenina, abuso sexual.

Infecciosos: Vulvovaginitis recurrentes/ vulvitis, infecciones urinarias.

Dermatosis: Liquen escleroso y atrófico.

Factores hormonales Déficit de estradiol.

5. Clasificación de adherencia de labios menores

Total o completa: No se identifican las estructuras propias de esta zona (introito, uretra, himen, vagina), solo se visualiza una línea sagital blanquecina.

Parcial: se ve parcialmente el introito vaginal.

6. Criterios Diagnósticos

Diagnóstico clínico mediante inspección de genitales externos de la niña.

No amerita ningún examen de gabinete complementario.

50 a 80% de los pacientes son asintomáticos y es un hallazgo incidental.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Ginecología	CÓDIGO: PR-17-09	Página 8 de 33
	Título: Protocolos de Ginecología Urgencias	Edición: Julio 2021	
	Elaborado: Dra. Margarita Castro, Ginecología	Revisión N°:0	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta, Jefe del Departamento de Docencia	Revisado: Dra. Julissa Garisto, Ginecología	

Entre las manifestaciones clínicas están:
 Síntomas vulvares: ardor, dolor, eritema o prurito vulvar, flujo genital. Síntomas urinarios: Disuria, pseudo incontinencia urinaria (goteo post miccional).

7. Laboratorio:

Solicitar urinálisis/ urocultivo para descartar infección de vías urinarias.

8. Diagnóstico diferencial:

- Genitales ambiguos
- Himen imperforado
- Agenesia/ atresia vaginal
- Tabique vaginal transverso
- Seno urogenital

9. Tratamiento

El tratamiento comprende desde mantener una conducta expectante con medidas generales observación periódica y tratamiento tópico con vaselina, estrógenos o corticoides y resolución quirúrgica.

La indicación de uno u otro tratamiento dependerá inicialmente de la presencia de síntomas o complicaciones.

Manejo expectante:

Para pacientes asintomáticas, generalmente hallazgo incidental.

Consiste en medidas generales como:

Prevención de procesos que puedan ocasionar inflamación/ irritación (diarreas, infecciones vulvares)

Explicar técnica adecuada de aseo genital en la niña.

Aseo genital con agua

Cambio de pañal frecuente, manteniendo zona seca.

Utilizar emolientes en la zona vulvar (vaselina) o agentes que prevengan irritación de la zona del pañal (óxido de zinc).

Evitar la exposición a agentes irritantes (cremas, talco, detergentes, burbujas de baño, jabones)

Terapia médica:

Para pacientes con sintomatología y patologías concomitantes.

Estrógenos tópicos: (primera elección)

-Estrógenos equinos conjugados en crema vaginal 0.625 mg/g BID por 2 a 6 semanas (tiempo máx. 3 meses).

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Ginecología	CÓDIGO: PR-17-09	Página 9 de 33
	Título: Protocolos de Ginecología Urgencias	Edición: Julio 2021	
	Elaborado: Dra. Margarita Castro, Ginecología	Revisión N°:0	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta, Jefe del Departamento de Docencia	Revisado: Dra. Julissa Garisto, Ginecología	

Separación quirúrgica de los labios menores bajo anestesia en el salón de operaciones, se reserva para casos de fallo en el manejo médico y pacientes con retención urinaria aguda. Se manejará como caso ambulatorio.

Abordaje en el cuarto de urgencias:

La conducta del médico dependerá de la situación aguda del paciente.

-Hallazgo incidental

Con frecuencia es un diagnóstico incidental que realiza el cuidador, generándole gran ansiedad que hace que la paciente sea llevada al cuarto de urgencias.

-Accionar del pediatra.

Tranquilizar al cuidador. Advertir sobre la condición benigna y no urgente de esta entidad en pacientes asintomáticas.

Interrogar a cerca de sintomatología. (ver manifestaciones clínicas). De tener síntomas tratar como paciente sintomático.

Orientar sobre medidas generales (ver manejo expectante)

Referir a la red primaria de atención para su seguimiento.

-Paciente con patologías concomitantes:

En ocasiones el diagnóstico de adherencia de labios menores se realiza en una paciente con patologías desencadenantes como: dermatitis del pañal, dermatosis, diarreas agudas/crónicas, vulvovaginitis, infecciones urinarias.

-Accionar del pediatra:

Tranquilizar al cuidador. Advertir sobre la condición benigna de esta entidad.

Tratar las patologías desencadenantes que presentan en ese momento.

Orientar sobre medidas generales (ver manejo expectante)

Referir a la consulta externa de Ginecología del Hospital del Niño para el tratamiento de la adherencia en el lapso de 2 a 3 semanas.

-Paciente sintomática (ver manifestaciones clínicas).

-Accionar del pediatra:

Tranquilizar al cuidador. Advertir sobre la condición benigna de esta entidad.

Tratar las patologías concomitantes si existieran.

Orientar sobre medidas generales (ver manejo expectante)

Iniciar terapia tópica con estrógenos equinos conjugados en crema vaginal 0.625 mg/g BID por 6 semanas.

Explicar efectos adversos que pudiesen presentarse como: Pigmentación de la piel vulvar, telarquia, dolor o tensión mamaria, sangrado genital, prurito, ardor local, leucorrea. Estos son efectos transitorios que deben desaparecer al finalizar la terapia.

Referir a la consulta externa de Ginecología Infanto Juvenil para el supervisión y seguimiento en el lapso de 1 mes.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Ginecología	CÓDIGO: PR-17-09	Página 10 de 33
	Título: Protocolos de Ginecología Urgencias	Edición: Julio 2021	
	Elaborado: Dra. Margarita Castro, Ginecología	Revisión N°:0	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta, Jefe del Departamento de Docencia	Revisado: Dra. Julissa Garisto, Ginecología	

-Paciente con retención urinaria.

-Accionar del pediatra:

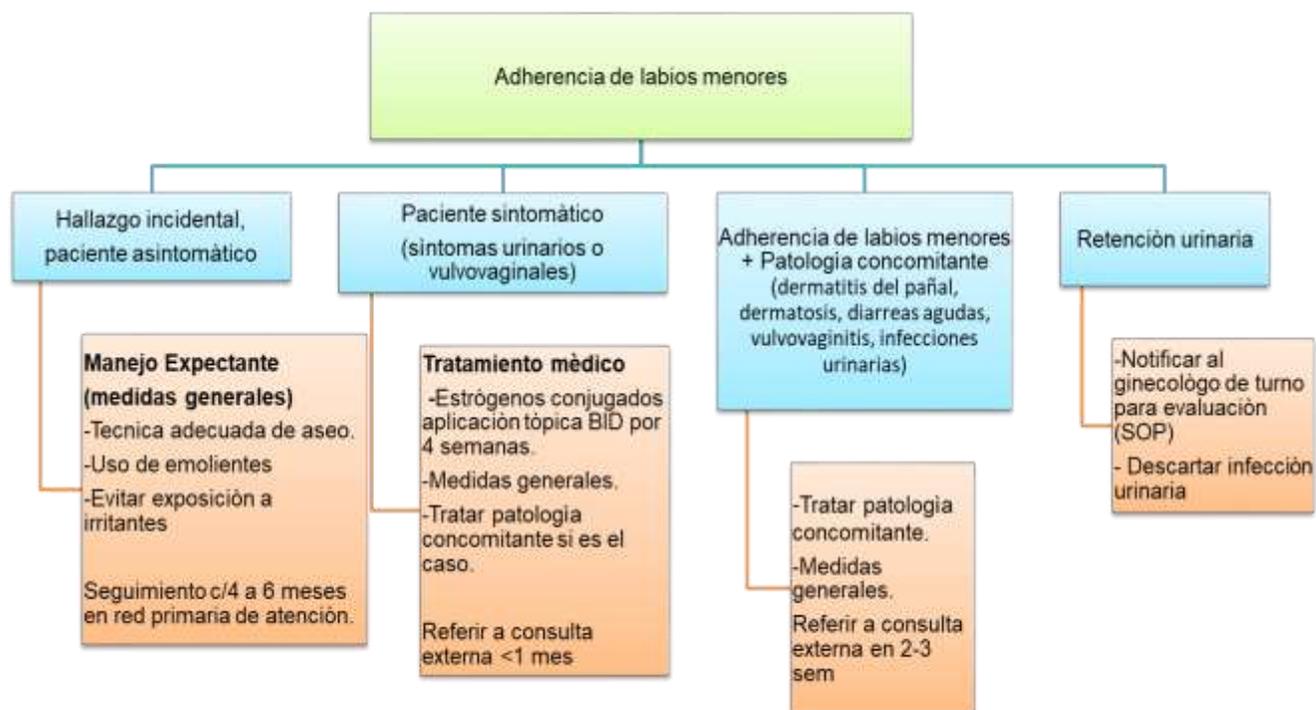
No realizar separación manual de la adherencia.

No intentar colocar Sonda Foley. (produce traumatismo local y aumenta inflamación- dolor)

Descartar infección de vías urinarias concomitante.

Notificar al ginecólogo de turno para su evaluación.

10. Algoritmo de abordaje



11. Criterios de referencia

Deben referirse a Ginecología Infanto Juvenil, los pacientes sintomáticos y/o con patologías concomitantes.

Pacientes asintomáticas deben tener su seguimiento en la red primaria de atención por su médico de cabecera.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Ginecología	CÓDIGO: PR-17-09	Página 11 de 33
	Título: Protocolos de Ginecología Urgencias	Edición: Julio 2021	
	Elaborado: Dra. Margarita Castro, Ginecología	Revisión N°:0	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta, Jefe del Departamento de Docencia	Revisado: Dra. Julissa Garisto, Ginecología	

12. Evolución y pronóstico

En la mayoría de los casos las sinequias se resuelven de manera espontánea con el comienzo de la estrogenización puberal (pacientes peri menárquicas).

Cerca del 80% de las pacientes asintomáticas, resuelven sus adherencias de labios menores dentro del primer año de realizado el diagnóstico, sin ninguna medida farmacológica si se corrigen factores condicionantes y se enfatiza en la higiene vulvar adecuada (manejo conservador).

Sin embargo, en las pacientes con adherencias totales, obstrucción al flujo de orina y sintomáticas pueden cursar con bacteriurias/ infecciones urinarias. Por lo cual el seguimiento periódico cuando se decide el manejo conservador, debe estar a la pesquisa de infecciones urinarias y síntomas asociados para en ese momento poder iniciar un manejo médico.

Manejo médico hormonal

Requiere supervisión para detectar efectos secundarios y recurrencias, por tal todo paciente con inicio de terapia tópica con estrógenos debe tener seguimiento supervisado con pediatría o ginecología.

Separación quirúrgica

Se reserva a pacientes con retención urinaria y a falla al tratamiento hormonal tópico.

13. Recomendaciones

Todo cuidador debe ser orientado sobre las medidas generales.

Se debe enfatizar sobre la necesidad de seguimiento periódico para detección de síntomas.

Se debe enfatizar sobre la necesidad de tratamiento supervisado en pacientes sintomáticas.

14. Seguimientos/ controles

Pacientes con manejo conservador (medidas generales) su seguimiento es en la red primaria de atención con controles c/ 4 - 6 meses.

Las pacientes con síntomas, deben ser referidas a consulta externa de ginecología en un lapso < 1 mes y de allí se le dará seguimiento c/4 meses hasta completar un año; para luego ser referidos al nivel primario de atención.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Ginecología	CÓDIGO: PR-17-09	Página 12 de 33
	Título: Protocolos de Ginecología Urgencias	Edición: Julio 2021	
	Elaborado: Dra. Margarita Castro, Ginecología	Revisión N°:0	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta, Jefe del Departamento de Docencia	Revisado: Dra. Julissa Garisto, Ginecología	

TRAUMA GENITAL EN NIÑAS Y ADOLESCENTES

1. Antecedentes locales del comportamiento de la enfermedad

Causa más frecuente de consulta ginecológica pediátrica de urgencia en el Hospital del Niño.

2. Nombre de la enfermedad.

S3140XA Herida abierta en vagina y vulva como hallazgo inicial.

S31.522A Laceración producida por un cuerpo extraño a nivel de órganos genitales externos femeninos como hallazgo inicial

3. Epidemiología:

Los traumas genitales representan el 0.2 al 0.8 % de los traumas reportados en la niñez.

El sangrado genital, es el síntoma que se presenta con mayor frecuencia relacionado al trauma. Los traumas en silla de montar u horcajadas representan el mecanismo de trauma genital más frecuente en la niñez.

4. Definición:

Es toda lesión en el área genital de la mujer asociada a golpe contuso o herida cortante producida por diferentes mecanismos. Pueden ser de naturaleza accidental o incidentales (asociadas a abuso sexual).

5. Criterios Diagnósticos. Elementos claves:

Historia clínica	Examen físico**
Interrogatorio al adulto y niña por separado (dónde, cuándo, cómo del incidente)	Signos vitales. Establecer estabilidad del paciente.
Indagar sobre mecanismo de trauma.	Descripción de las lesiones (anexo 1 y 2)
Interrogar sobre lesiones no genitales.	Determinar extensión de la lesión. (anexo 3)
Cuantificar hemorragia (número de Pampers/ compresas)	Determinar si se trata de un sangrado activo o cede con la compresión
Preguntar por diuresis post trauma	En caso de hematoma: Grado de extensión.
Establecer intensidad de dolor y localización.	Afección de uretra/himen
Sospecha de abuso sexual ¿?	Evaluar integridad del esfínter anal.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Ginecología	CÓDIGO: PR-17-09	Página 13 de 33
	Título: Protocolos de Ginecología Urgencias	Edición: Julio 2021	
	Elaborado: Dra. Margarita Castro, Ginecología	Revisión N°:0	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta, Jefe del Departamento de Docencia	Revisado: Dra. Julissa Garisto, Ginecología	

**Importante lograr un buen rapport médico-paciente, se recomienda la presencia de un asistente clínico.

Clasificación del trauma genital según su severidad:

Puntaje de lesiones genitales	Extensión de la lesión
I	Lesión de labios, clítoris, uretra sin incluir el himen
II	Lesión genital que incluye el himen
III	Lesión genital que incluye vagina
IV	Lesión de himen y vagina , asociado a desgarró parcial ano rectal
V	Lesión vaginal asociado a desgarró completo ano rectal

6. Tratamiento

Clasificación del trauma genital según su mecanismo

Se incluye tipo de lesión, tratamiento general y algunas observaciones, se describen los más frecuentes:

Clasificación	Mecanismo	Lesiones	Tratamiento	Observaciones
Trauma en horcajadas (piernas abiertas, una a cada lado)	Compresión de la vulva entre objeto y la pelvis. Ejm: Caída sobre asiento de bicicleta, bracero de mueble, barandas de lugares de juego o cama, borde de tina...	Abrasiones, laceraciones lineales, equimosis, hematomas; generalmente asimétricas. Generalmente tipo I.	-Hielo local. -Analgesia. -Puede requerir cirugía. (ver indicaciones)	Es el mecanismo de trauma más frecuente, generalmente de tratamiento ambulatorio.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Ginecología	CÓDIGO: PR-17-09	Página 14 de 33
	Título: Protocolos de Ginecología Urgencias	Edición: Julio 2021	
	Elaborado: Dra. Margarita Castro, Ginecología	Revisión N°:0	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta, Jefe del Departamento de Docencia	Revisado: Dra. Julissa Garisto, Ginecología	

Trauma accidental penetrante	Caída sobre un objeto afilado o puntiforme. (Empalamiento).	Generalmente involucra himen y comisura posterior. Puede comprometer ano. Generalmente tipo II o más.	-EBA. -Consulta con cirugía pediátrica si hay sospecha compromiso del esfínter anal. -LPE si hay compromiso de fondos de saco vaginales/recto o cavidad peritoneal.	Puede confundirse con abuso sexual. Hallazgos de importancia en la historia clínica: -Descripción del objeto sobre el cual se cayó. -Presencia de un testigo ocular de los hechos. -Compatibilidad de la historia del niño, el cuidador y el mecanismo de trauma.
Trauma por aplastamiento	Ocurre en accidentes automovilísticos, atropellos, caídas altas, colapso de edificaciones. Se asocia a traumas múltiples, fractura de pelvis.	Puede haber compromiso uretral/vesical/vaginal. Generalmente tipo II o más.	-Priorizar la evaluación general del paciente.	Puede requerir EBA de forma diferida una vez se estabilice el paciente.
Desgarro post coital.	Factores de riesgo: Primera relación sexual, estados hipostrogénicos, uso de sustancias ilícitas, Coito vigoroso, desproporción en tamaño de órganos sexuales, embarazo, espasmos vaginales, inserción de cuerpos extraños, agenesia vaginal o tabiques vaginales	La paciente acude con dolor genital intenso, sangrado vaginal profuso y shock. Laceraciones profundas en paredes vaginales y/o a nivel de fondos de saco vaginal.	-EBA + reparación de lesiones.	Puede ocurrir en el adolescente producto de una relación sexual consensuada o producto de un abuso sexual. (ver protocolo de maltrato al menor)

Indicaciones de evaluación bajo anestesia en el SOP (EBA): - responsabilidad del ginecólogo -

- Paciente asustada, de corta edad, o que no coopera.
- Incapacidad para visualizar sitio específico y extensión de la lesión genital.
- Lesión uretral o anal asociada.
- Hemorragia vaginal inexplicable.
- Hematoma vulvar o vaginal en expansión.
- Trauma genital penetrante.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Ginecología	CÓDIGO: PR-17-09	Página 15 de 33
	Título: Protocolos de Ginecología Urgencias	Edición: Julio 2021	
	Elaborado: Dra. Margarita Castro, Ginecología	Revisión N°:0	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta, Jefe del Departamento de Docencia	Revisado: Dra. Julissa Garisto, Ginecología	

Desgarro post coital.

Lesiones concomitantes no urogenitales que requieren exploración bajo anestesia.

Tratamiento quirúrgico:

Previo cierre de la herida: Irrigar la herida con SSN y/o yodopovidona. Debridar si hay material necrótico.

Indicaciones para cierre por segunda intención incluyen:

Heridas punzantes, heridas contaminadas, pequeñas mordeduras de animales no cosméticas, abscesos.

Retrasar el cierre primario puede considerarse en heridas no contaminadas en pacientes que se presentan 18 horas después del trauma.

Hematomas disecantes/ grandes: Incisión/ drenaje y colocación de drenaje cerrado por 24 horas.

Mordidas de animales: irrigación con povidona, debridamiento, antibióticos, DPT.

7. Laboratorios:

Hemoglobina/ Hematocrito/ Plaquetas.

Tipaje y Rh; Cruce de GRE (en caso de LPE)

8. Diagnóstico diferencial:

Abuso vs trauma en horcajada:

El trauma genital en horcajadas generalmente es unilateral y superficial e involucra la porción anterior de los genitales.

El compromiso del “fourchette” posterior y del himen en R3 a R9 debe hacer sospechar abuso sexual en la pre púber, al igual que el compromiso a nivel de R6 en las adolescentes.

9. Criterios de referencia

Los pacientes que no requieren evaluación bajo anestesia, y requieren solo manejo conservador (hielo local y analgesia) serán referidos a la consulta externa de ginecología Hospital del Niño en el término de las próximos 3 a 5 días. Los pacientes con sospecha de abuso sexual serán manejados según protocolo de violencia.

10. Evolución y pronóstico

La mayoría de los traumas genitales son leves, tipo I – II. Generalmente solo requieren manejo conservador y no dejan secuelas.

Los pacientes que son llevados a EBA podrán ser manejados ambulatoriamente excepto pacientes con hematomas, compromiso uretral/ anal o fondo de saco vaginal que requerirán hospitalización post SOP, las secuelas dependerán de la estructura comprometida y su severidad.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Ginecología	CÓDIGO: PR-17-09	Página 16 de 33
	Título: Protocolos de Ginecología Urgencias	Edición: Julio 2021	
	Elaborado: Dra. Margarita Castro, Ginecología	Revisión N°:0	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta, Jefe del Departamento de Docencia	Revisado: Dra. Julissa Garisto, Ginecología	

11. Recomendaciones

Supervisión, por parte de los cuidadores, de los niños durante el baño y juegos.
 Medidas de prevención sobre abuso sexual infantil.

12. Seguimientos/ controles

Sólo requerirán seguimiento a largo plazo paciente con intervenciones quirúrgicas y compromiso vaginal, uretral o anal. Este seguimiento puede conllevar al manejo multidisciplinario con otras especialidades: Cirugía Pediátrica, urología, ortopedia.

13. Anexos.

Anexo 1. Descripción de lesiones genitales:

Desgarros: cualquier ruptura en la integridad del tejido, incluyendo fisuras, grietas, laceraciones, cortes o rasgaduras.

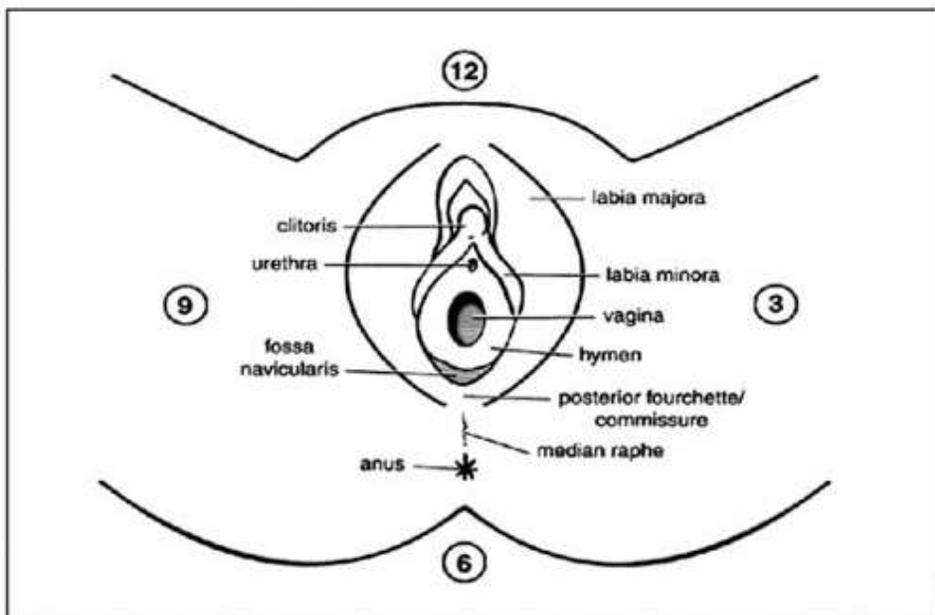
Equimosis: cambio de coloración de la piel o de las mucosas debido a daños en los vasos sanguíneos pequeños debajo de la piel o hematomas en la superficie de las mucosas.

Abrasión: escoriación cutánea producida por la pérdida de su capa epidérmica, tiene bordes definidos.

Eritema: enrojecimiento de la piel, anormalmente inflamada debido a causa irritativa o trauma; sin borde definido.

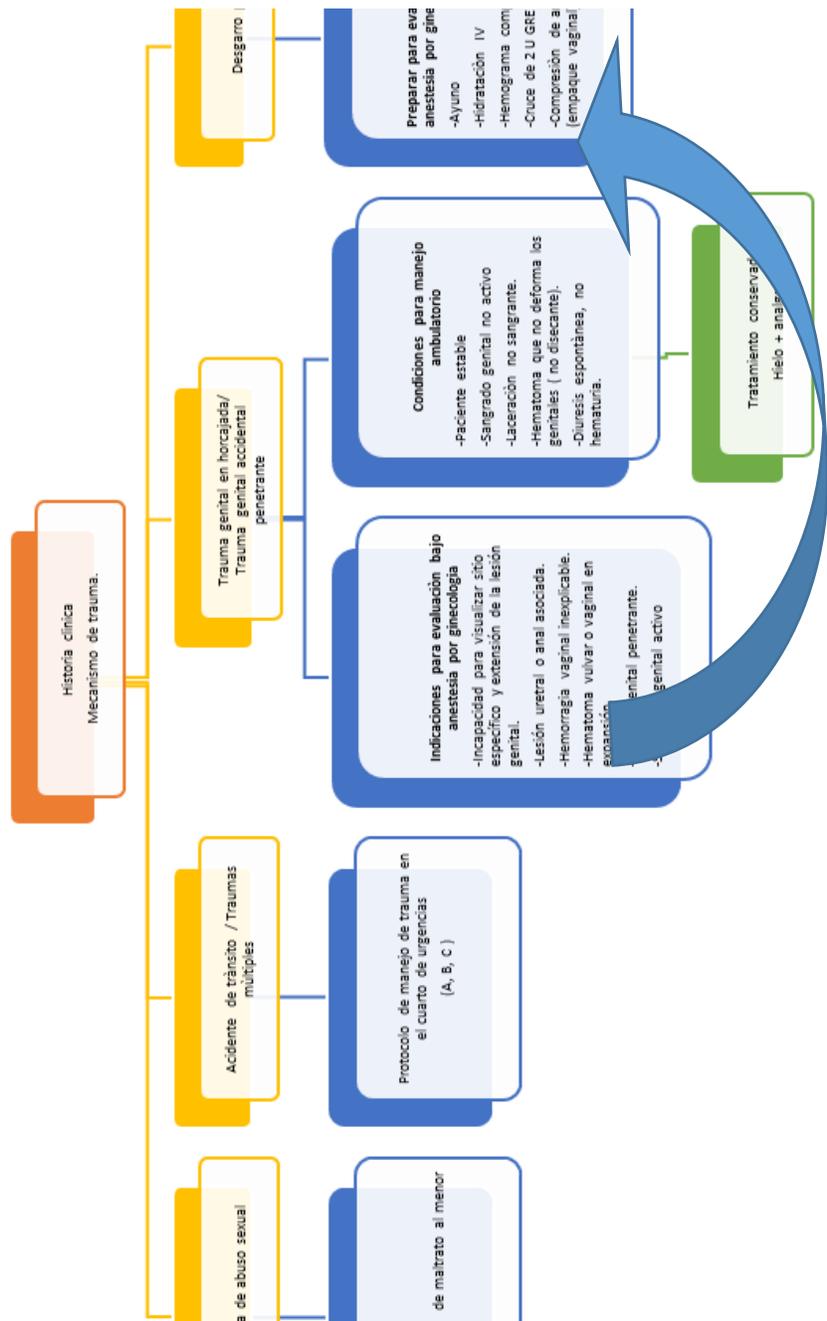
Edema: hinchazón transitoria de los tejidos.

Anexo 2. Estructuras genitales. Anatomía



	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Ginecología	CÓDIGO: PR-17-09	Página 17 de 33
	Título: Protocolos de Ginecología Urgencias	Edición: Julio 2021	
	Elaborado: Dra. Margarita Castro, Ginecología	Revisión N°:0	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta, Jefe del Departamento de Docencia	Revisado: Dra. Julissa Garisto, Ginecología	

14. Algoritmo de atención en cuarto de urgencias:



	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Ginecología	CÓDIGO: PR-17-09	Página 18 de 33
	Título: Protocolos de Ginecología Urgencias	Edición: Julio 2021	
	Elaborado: Dra. Margarita Castro, Ginecología	Revisión N°:0	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta, Jefe del Departamento de Docencia	Revisado: Dra. Julissa Garisto, Ginecología	

SANGRADO UTERINO ANORMAL EXCESIVO (SUA) EN ADOLESCENTES

1. Antecedentes locales del comportamiento de la enfermedad:

Es la primera causa de consulta ginecológica en la adolescencia temprana. Representa una de las primeras causas de hospitalización por causa ginecológica en adolescentes en el Hospital del Niño.

Algunos estudios reportan que el 19 - 28% de las adolescentes que se hospitalizan por sangrado uterino anormal excesivo pueden tener una causa hematológica subyacente.

2. Nombre de la enfermedad

Sangrado uterino anormal excesivo N92.2 (CIE-10)

3. Epidemiología

Las alteraciones que se producen en el patrón menstrual en la adolescencia temprana son frecuentes. La inmadurez hipotálamo- hipófisis- ovario es la principal causa de estas alteraciones (sangrado uterino anormal) en la adolescencia temprana. Esto se debe a que el 50 a 80% de los ciclos son anovulatorios e irregulares durante los primeros dos años después de la menarquia, y aproximadamente 10 al 20% de los ciclos pueden permanecer anovulatorios hasta los cinco años después de la primera menstruación.

4. Definición:

El sangrado uterino anormal se refiere al sangrado menstrual que se sale de los patrones de normalidad ajustados a la edad (ver *Tabla 1*)

Tabla 1.

Patrón de normalidad del ciclo menstrual en los primeros dos años post menarquia.

Intervalo ciclo a ciclo: 21 a 45 días**

Días de menstruación: 4 a 8 días.

Variación ciclo a ciclo durante 12 meses: 2 – 20 días

Volumen de sangrado: 5 a 80 ml

** El 90% de los ciclos menstruales pos menarca ocurren cada 21-45 días y hacia el 3er año de edad ginecológica, el 60-80% cada 24 - 38 días.

El sangrado menstrual excesivo se define como un sangrado uterino anormal caracterizado por sangrados abundantes (> 80 ml), prolongados (> 8 días) e irregulares (ciclo frecuente con intervalos < 24 días o infrecuentes > 45 días) y generalmente indoloros que interfieren y repercuten en la calidad de vida (*Tabla 2*).

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Ginecología	CÓDIGO: PR-17-09	Página 19 de 33
	Título: Protocolos de Ginecología Urgencias	Edición: Julio 2021	
	Elaborado: Dra. Margarita Castro, Ginecología	Revisión N°:0	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta, Jefe del Departamento de Docencia	Revisado: Dra. Julissa Garisto, Ginecología	

Según la temporalidad del sangrado uterino anormal puede ser:

- Agudo: Episodio de sangrado menstrual abundante que requiere intervención inmediata de urgencias.
- Crónico: Patrón anormal de sangrado menstrual por > de 6 meses. Generalmente no requiere intervención inmediata si no hay compromiso de los signos vitales o episodios de agudización (menstruaciones abundantes y/o prolongados en el momento de la consulta). Por tanto, estos pacientes no requieren tratamiento de urgencias y deben ser referidos a la consulta externa para ser estudiados y tratados.

Las pacientes con sangrado uterino anormal crónico que cursan con episodios de agudización serán tratadas como si fueran casos agudos.

5. Criterios diagnósticos relevantes.

Según la gravedad, el sangrado menstrual excesivo lo podemos dividir en:

-Leve:

Menstruación >8 días, con ciclos c/24 días por 2 meses o más, asociado Hemoglobina (HB) >12 g/dl.

Se aplica también a pacientes con HB entre 10 a 12 g/dl como niveles “usuales” previo a la menarquia que presentan déficit de hierro secundarias a patologías crónicas.

-Moderado:

Menstruación > 8 días con ciclos c/ 1 a 3 sem, asociados a HB entre 10 – 12 g/dl.

-Grave o severo:

Menstruación abundante y prolongada con HB < 10 mg/dl. y/o signos de inestabilidad hemodinámica.

6. Historia clínica, examen físico y pruebas de laboratorio

Preguntar a cerca de:

Fecha de la primera regla (menarquia)

Patrón menstrual:

Frecuencia (duración del ciclo, -- ¿cada cuántos días le viene la regla?) Duración de la menstruación (¿cuántos días sangra?)

Volumen estimado de sangrado menstrual (estimado del número de toallas sanitarias o tapones que usa por día y frecuencia de cambio)

Color de flujo (sangrado rojo rutilante abundante o marrón escaso)

Presencia o no de coágulos de sangre

Presencia de dolor en bajo vientre asociado al sangrado menstrual actual.

Antecedentes de cólicos menstruales o dismenorrea.

Actividad sexual – Infecciones de transmisión sexual.

Antecedentes familiares patológicos y de discrasias sanguíneas.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Ginecología	CÓDIGO: PR-17-09	Página 20 de 33
	Título: Protocolos de Ginecología Urgencias	Edición: Julio 2021	
	Elaborado: Dra. Margarita Castro, Ginecología	Revisión N°:0	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta, Jefe del Departamento de Docencia	Revisado: Dra. Julissa Garisto, Ginecología	

Antecedentes personales de: Enfermedades crónicas, alteraciones hematológicas diagnosticadas. Preguntar por gingivorragia, epistaxis, hematomas, petequias
 Uso de medicamentos (anticonceptivos, esteroides, anticoagulantes, AINES)
 Sintomatología actual asociada: debilidad, lipotimia, palpitaciones, disnea.
 Otros: Cambios de peso, desórdenes de la alimentación, consumo de drogas ilícitas, participación en competencias deportivas (deportistas con actividad de alto impacto)

Examen físico:

Signos vitales: Presión arterial, Frecuencia cardíaca. (sentada y acostada)
 Peso y talla. Índice de masa corporal.
 Coloración de la piel, petequias o equimosis, acné, hirsutismo, acantosis nigricans.
 Palpación tiroidea.
 Examen mamario. Estadíos de Tanner.
 Palpación abdominal (dolor, masas)
 Inspección de genitales externos en pacientes sin actividad sexual (evaluar cuantía y características del sangrado, presencia de masas en introito o laceraciones).
 Exploración pélvica bimanual y examen con espéculo vaginal en pacientes sexualmente activa (notificar al ginecólogo de turno)
 Exploración rectal en la paciente núbil con sospecha de tumoración genital o cuerpo extraño vaginal (notificar al ginecólogo de turno)

Laboratorios de abordaje primario:

Hemograma con plaquetas.
 Tiempo de protrombina y tiempo parcial de tromboplastina.
 Prueba de embarazo cualitativa (no requiere consentimiento), de resultar positiva referir al cuarto de urgencias de la Maternidad para su evaluación.
 Tipaje /Rh y pruebas cruzadas en pacientes con sangrado grave – en caso de necesitar transfusiones.

Pueden necesitarse pruebas especiales por el Laboratorio de Hematología en caso de sospecha de discrasias sanguíneas (antígeno del factor de von Willebrand, factor VIII, antígeno del factor XI, cofactor de ristocetina, etc.), las cuales deben tomarse previa transfusión de elementos sanguíneos y/o tratamiento hormonal; y debe notificarse al Hematólogo de turno para su autorización (ver tabla 2). En el paciente que requiere hospitalización puede realizarse la extracción de sangre una vez llegue a su sala de internación; de manejarse ambulatorio se coordinará la toma de dicha muestra con el laboratorio de hematología especial.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Ginecología	CÓDIGO: PR-17-09	Página 21 de 33
	Título: Protocolos de Ginecología Urgencias	Edición: Julio 2021	
	Elaborado: Dra. Margarita Castro, Ginecología	Revisión N°:0	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta, Jefe del Departamento de Docencia	Revisado: Dra. Julissa Garisto, Ginecología	

Tabla 2. Cuestionario estructurado para tamizar en busca de coagulopatías:

Sangrado menstrual abundante desde la menarquia. ***

Uno de los siguientes:

Antecedente de sangrado relacionado con un procedimiento quirúrgico

Antecedente de sangrado relacionado con un procedimiento dental

Hemorragia posparto

Dos o más de los siguientes síntomas

Equimosis una a dos veces al mes

Epistaxis una a dos veces al mes

Gingivorragia frecuente

Antecedentes familiares con síntomas de sangrado

***sobre todo en SUA severo dentro de los primeros 6 meses de su menarquia

Estudios de imagen:

Llenar solicitud para ultrasonido pélvico ambulatorio a las pacientes que se refieran a la consulta externa especializada de ginecología.

En las pacientes que requieran hospitalización, puede programarse durante la misma.

7. Diagnóstico Diferencial

El sangrado uterino anormal excesivo en adolescentes con menos de tres años desde su menarquia generalmente es debido a la inmadurez hipotálamo hipófisis gonadal. Sin embargo, es un diagnóstico de exclusión en donde deben descartarse otros diagnósticos:

-En primera instancia las complicaciones vinculadas al embarazo: Amenaza de aborto, aborto, embarazo ectópico, enfermedad trofoblástica.

-Otros:

Masas vaginales/ cervicales/ uterinas/ ováricas; malformaciones genitales congénitas, trauma genital, cuerpos extraños, infecciones de transmisión sexual.

Sangrado asociado a enfermedades hematológicas, endocrinológicas, enfermedades sistémicas (nefropatías, diabetes, LES descompensadas) o secundarias a uso de medicamentos (anovulatorios orales, anticoagulantes, andrógenos, inhibidores plaquetarios).

8. Tratamiento agudo

Objetivos:

Mejorar el estado hemodinámico de la paciente

Cohibir la hemorragia

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Ginecología	CÓDIGO: PR-17-09	Página 22 de 33
	Título: Protocolos de Ginecología Urgencias	Edición: Julio 2021	
	Elaborado: Dra. Margarita Castro, Ginecología	Revisión N°:0	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta, Jefe del Departamento de Docencia	Revisado: Dra. Julissa Garisto, Ginecología	

El tratamiento depende de la clasificación de gravedad del cuadro:

Leve: (regla >8 días y HB >12g/dl)

-No involucra manejo en cuarto de urgencias. Manejo ambulatorio.

-Medidas generales:

Dieta con alimentos ricos en hierro.

Sulfato ferroso oral 60-80 mg de hierro elemental/día por 3 meses. (1/2 hora antes o 2 horas después de las comidas).

Accionar del pediatra:

-Tranquilizar al paciente y a los familiares. (Evento normal de maduración hormonal en el adolescente)

- Indicar la importancia tener en un calendario menstrual. (anotar fecha y duración de cada regla)

- Consultar con ginecólogo de turno en caso de pacientes con más de 10 días de sangrado menstrual o pérdidas de hemoglobina >1 g/dl en un ciclo menstrual.

-Referir para evaluación a la consulta externa de ginecología en un lapso de 1 mes.

Moderado: (regla > 8 días, ciclos frecuentes, HB de 10 a 12 g/dl)

-Evaluar cuantía de sangrado (sangrado activo o no) y estabilidad de la paciente.

Pacientes estables: Manejo ambulatorio sin importar si se trata de un episodio agudo o crónico. Referir para evaluación en la consulta externa de ginecología en un lapso menor a 1 sem.

Paciente inestable: Hospitalizar y tratar como un sangrado severo. (ver tx de sangrado severo hospitalizado). Notificar al ginecólogo de turno.

Accionar del pediatra:

- Indicar la importancia tener en un calendario menstrual. (anotar fecha y duración de cada regla)

- Importancia de acudir a las citas de evaluación por ginecología.

-Medidas generales en pacientes estables con manejo ambulatorio:

Dieta con alimentos ricos en hierro.

Sulfato ferroso 3-6 mg de hierro elemental /kg/día, fraccionada en 1-3 tomas diarias por 4 a 6 meses. (1/2 hora antes o 2 horas después de las comidas).

Consultar con el ginecólogo de turno para inicio de terapia hormonal.

Grave o severo

-Paciente con valores de hemoglobina 8-10 g/dl y hemodinámicamente estable y con posibilidad de seguimiento de cerca y compromiso de adherencia al tratamiento considerar manejo ambulatorio.

Accionar del pediatra:

-Notificar al ginecólogo de turno quien determinará tratamiento hormonal.

- Reforzar la importancia de la adherencia al tratamiento.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Ginecología	CÓDIGO: PR-17-09	Página 23 de 33
	Título: Protocolos de Ginecología Urgencias	Edición: Julio 2021	
	Elaborado: Dra. Margarita Castro, Ginecología	Revisión N°: 0	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta, Jefe del Departamento de Docencia	Revisado: Dra. Julissa Garisto, Ginecología	

-Orientar sobre razones de reconsulta: Falta de tolerancia oral a pesar del antiemético, no disminución del sangrado menstrual en 48 h, aumento de sangrado menstrual o signos de descompensación hemodinámica.

- Referir para seguimiento en la consulta externa de ginecología en un lapso menor a una semana. Seguimiento estricto.

-Paciente con valores de hemoglobina menor o igual a 8 g/dl o/y hemodinámicamente descompensada.

Accionar del pediatra:

- Estabilizar paciente con infusión de cristaloides IV
- Extraer sangre para tipaje/Rh y cruce para transfusión de hemoderivados.
- Hospitalizar.
- Notificar a ginecólogo de turno para evaluación de la paciente.

Las órdenes de hospitalización deben incluir:

Reposo en cama con monitorización de signos vitales C/4 h.

Transfusión de GRE.

Antiemético intravenoso u oral

Terapia hormonal que será indicada por el ginecólogo según el caso.

Programar ultrasonograma pélvico para realizar durante hospitalización.

9. Criterios de hospitalización.

- Pacientes con SUA moderado con signos de inestabilidad hemodinámica.
- Pacientes con SUA severo con HB entre 8-10 g/dl y hemodinámicamente estable, pero sin posibilidad de seguimiento de cerca o incapacidad para mantener una adherencia al tratamiento (casos sociales).
- Paciente con SUA severo y HB < o igual a 8 g/dl y/o hemodinámicamente descompensada.
- Pacientes con SUA moderado y comorbilidades. Ejemplo: discrasias sanguíneas, anemia falciforme (se evaluará c/caso individual).
- Pacientes sin tolerancia oral al tratamiento hormonal ambulatorio.
- Paciente con persistencia del sangrado menstrual después de 24 -48 h de inicio de la terapia hormonal oral ambulatoria.

10. Referencia a la consulta externa especializada del Hospital del Niño derivadas del cuarto de urgencias.

SUA leve:

Primera evaluación: cita en < 1 mes en pacientes referidos de urgencia o red primaria de atención.

Objetivo: Evaluar necesidad de seguimiento en la consulta especializada del Hospital del Niño o en su defecto en la red primaria (Pediatria/Medicina general /Ginecología).

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Ginecología	CÓDIGO: PR-17-09	Página 24 de 33
	Título: Protocolos de Ginecología Urgencias	Edición: Julio 2021	
	Elaborado: Dra. Margarita Castro, Ginecología	Revisión N°:0	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta, Jefe del Departamento de Docencia	Revisado: Dra. Julissa Garisto, Ginecología	

SUA moderado:

Primera evaluación: cita en < 1 sem en pacientes referidos del cuarto de urgencia.

SUA severo /grave

Primera evaluación: cita en < 1 sem en pacientes referidos del cuarto de urgencia candidatos a manejo ambulatorio.

En el caso de pacientes que requirieron hospitalización, la primera evaluación en la consulta será en < de 1 mes y luego c/3 meses hasta estabilizar e instaurar tratamiento a largo plazo según etiología.

11. Evolución y pronóstico:

Generalmente la etiología asociada al SUA leve es la inmadurez hipotálamo hipófisis gonadal, la cual es fisiológica y por tanto requiere solo supervisión.

Las pacientes con SUA moderado y severo debido a inmadurez hipotálamo hipófisis gonadal tendrán la misma evolución que las pacientes con sangrado leve; sin embargo, en estas pacientes hay que hacer una búsqueda exhaustiva de causas no fisiológicas, ya que si no se hace el diagnóstico adecuado puede conllevar a mayor posibilidad de recurrencias.

12. Recomendaciones para el paciente/familia

Calendario menstrual para mejor seguimiento de las pacientes y captar signos de alarma (ver señales de alarma)

Alimentación adecuada con aportes de hierro y calcio.

Ejercicio físico regular.

Importancia de las citas de control de crecimiento y desarrollo en el nivel primario de atención para la captación de alteraciones menstruales.

Medidas preventivas y de control

Orientar a pacientes y familiares sobre señales de alarma, que los deben llevar a buscar atención de urgencia en su red primaria de atención o acudir a urgencias del Hospital del Niño si ya es un paciente conocido por el servicio de Ginecología.

Señales de alarma:

La paciente cursa con menstruación abundante por más de 10 días.

La paciente cursa con menstruaciones en lapsos menores de 15 días por más de tres períodos o ciclos continuos.

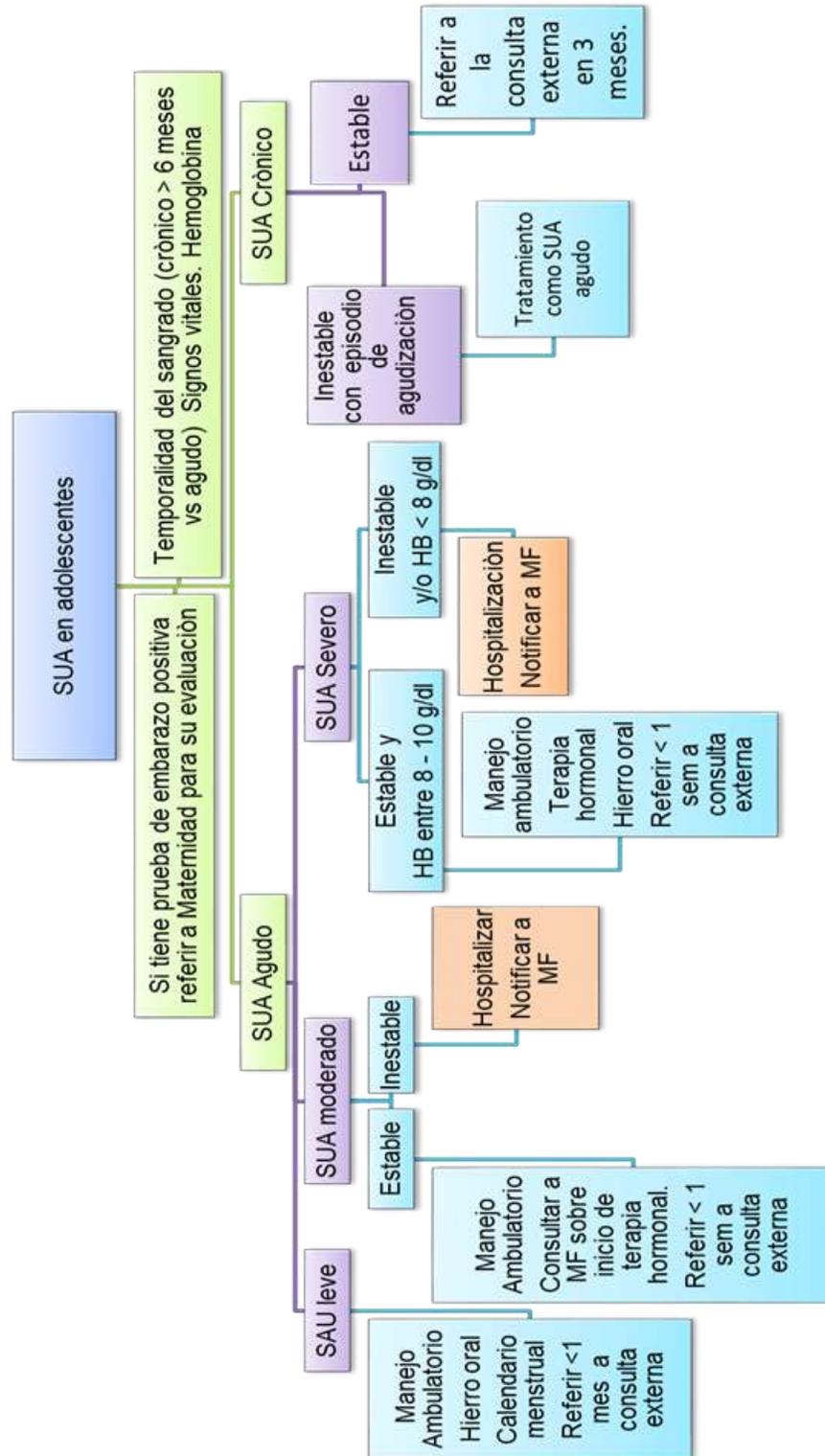
La paciente presenta palpitaciones, mareos, debilidad, desmayos asociados a menstruaciones abundantes.

La paciente tiene ausencia de menstruación por más de tres meses. (ésta puede realizar una consulta rutinaria).

13. Algoritmo de abordaje



HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Ginecología	CÓDIGO: PR-17-09	Página 25 de 33
Título: Protocolos de Ginecología Urgencias	Edición: Julio 2021	
Elaborado: Dra. Margarita Castro, Ginecología	Revisión N°:0	
Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta, Jefe del Departamento de Docencia	Revisado: Dra. Julissa Garisto, Ginecología	



	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Ginecología	CÓDIGO: PR-17-09	Página 26 de 33
	Título: Protocolos de Ginecología Urgencias	Edición: Julio 2021	
	Elaborado: Dra. Margarita Castro, Ginecología	Revisión N°:0	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta, Jefe del Departamento de Docencia	Revisado: Dra. Julissa Garisto, Ginecología	

MASAS ANEXIALES EN ADOLESCENTES

1. Antecedentes locales del comportamiento de la enfermedad

Según estudio realizado en el Hospital del Niño entre el 2004 y el 2008 con una muestra de 60 pacientes entre los 3 a 15 años de edad (promedio: 11.4 años): 12 pacientes pre púberes y 48 adolescentes, se encontró:

El 88.3% (53 pacientes) correspondió a masas ováricas, las otras 7 pacientes presentaron diagnósticos diversos: torsión de trompa (3 pacientes), quiste paratubario (2 pacientes), una paciente con diagnóstico de salpingitis aguda-crónica hemorrágica y un embarazo ectópico roto.

El 81% de las lesiones ováricas fueron benignas (43 pacientes), y de éstas 54.7% quistes funcionales; la mayoría en pacientes adolescentes.

La neoplasia benigna más frecuente fue el teratoma quístico maduro.

2. Nombre de la enfermedad.

Masas anexiales N83.20

3. Epidemiología:

Al ser la adolescencia temprana un tiempo de transición hormonal, la inmadurez del eje hipotálamo-hipófisis-gonadal se refleja a nivel ovárico en mayor prevalencia de quistes funcionales (fisiológicos).

Las neoplasias del ovario corresponden al 1 % de todos los tumores en niñas y adolescentes.

Los tumores de células germinales representan más de la mitad a dos tercios de las neoplasias ováricas en niñas y adolescentes.

La mayoría de las neoplasias son benignas, < 5 % de todas las malignidades de ovario ocurren a esta edad.

4. Definición:

Las masas anexiales incluyen: masas del ovario, de la trompa o de los ligamentos. Estas pueden ser fisiológicas (generalmente quísticas), neoplasias (benignas o malignas) o remanentes embrionarios.

5. Criterios Diagnósticos:

Manifestaciones clínicas de las masas ováricas en adolescentes:

Asintomáticos (hallazgo incidental)

Irregularidades menstruales

Síntomas compresivos (poliuria, constipación o sensación de pesadez pélvica), si son de gran tamaño.

Dolor abdominal de diferente intensidad o inespecífico

Abdomen agudo quirúrgico, asociado a náuseas y vómitos (torsión)

Aumento del perímetro abdominal

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Ginecología	CÓDIGO: PR-17-09	Página 27 de 33
	Título: Protocolos de Ginecología Urgencias	Edición: Julio 2021	
	Elaborado: Dra. Margarita Castro, Ginecología	Revisión N°:0	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta, Jefe del Departamento de Docencia	Revisado: Dra. Julissa Garisto, Ginecología	

Complicaciones de los quistes ováricos: hemorragia intra quística, ruptura y torsión ovárica o de todo el anexo.

La hemorragia intra quística/ ruptura de un quiste ovárico puede causar dolor abdominal agudo de leve a grave, pero generalmente requiere manejo conservador.

La torsión, produce dolor abdominal agudo y requiere manejo quirúrgico.

6. Laboratorios y gabinete:

Hemograma completo y prueba de embarazo

Ultrasonido pélvico para determinar las características de la masa (1er abordaje).

7. Diagnóstico diferencial:

Embarazo y sus complicaciones

Dismenorrea

Malformaciones mullerianas

Apendicitis aguda o sus complicaciones (perforación, plastrón).

Constipación.

Infección urinaria/ litiasis renal.

Otros tumores abdominales: neuroblastomas, tumor de Wilms, rabdomiosarcoma de piso pélvico, linfoma, leucemia y otros tumores ano genitales de la pelvis.

8. Tratamiento/ referencia y seguimiento.

El tratamiento de las masas anexiales está dado por la presencia o no de síntomas y la descripción ultrasonográfica de la masa.

-Quiste simple de ovario (folicular- fisiológico)

Quistes asintomáticos de 3-6 cm: Referir a la consulta externa de ginecología con seguimiento ultrasonográfico (pélvico) mensual.

Quiste >6 cm o sintomático: Comunicarse con el ginecólogo de turno.

- Quiste heterogéneo o complejo con ecos internos (quiste del cuerpo lúteo):

Paciente asintomática, independientemente del tamaño del quiste. Comunicarse con ginecólogo de turno y referir a la consulta externa.

Paciente sintomática: Observación por 24 h con evaluación clínica y hematocrito seriado (c/4-6h) para vigilar estabilidad hemodinámica y mantenimiento de niveles de hemoglobina.

Pacientes con defectos de la coagulación o que usan anticoagulantes, requieren monitoreo cercano, y pueden necesitar intervención quirúrgica por la magnitud del sangrado (inestabilidad y/ o descenso de hemoglobina)

-Masas ováricas predominantemente sólidas o con signos ultrasonográficos sugestivos de neoplasias:

Paciente asintomática: Referir para estudios a la consulta externa de ginecología.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Ginecología	CÓDIGO: PR-17-09	Página 28 de 33
	Título: Protocolos de Ginecología Urgencias	Edición: Julio 2021	
	Elaborado: Dra. Margarita Castro, Ginecología	Revisión N°:0	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta, Jefe del Departamento de Docencia	Revisado: Dra. Julissa Garisto, Ginecología	

Paciente sintomática: Comunicarse con el ginecólogo de turno quién deberá evaluar la paciente con prioridad y determina si requiere tratamiento quirúrgico expedito o con posterioridad; hospitalizar.

Ordenes médicas, en caso de no decisión quirúrgica.

Ayuno y venoclisis de mantenimiento

Laboratorios. BHC+ Plaquetas, TP/TPT, pruebas de función hepáticas, creatinina, tipaje/ RH, urinálisis, marcadores tumorales (alfa feto proteína, BhCG cuantitativa, DHL)

CT contrastado de pelvis/ abdomen.

-Masas ováricas con sospecha de torsión. (dolor abdominal súbito, náuseas, vómitos, febrícula, leucocitosis leve, VES elevado, signos ultrasonográficos de torsión y abdomen agudo) con independencia de tamaño ovárico. Comunicarse con ginecólogo de turno y preparar paciente para el SOP (laparoscopia vs laparotomía exploradora).

Ordenes médicas para salón de operaciones:

Ayuno y venoclisis de mantenimiento

Laboratorios. BHC+ Plaquetas, TP/TPT, tipaje/ RH, urinálisis.

Marcadores tumorales: alfa feto proteína, BhCG cuantitativa, DHL (según evaluación del ginecólogo).

9. Evolución y pronóstico

-Los quistes fisiológicos < 6cms, por lo general se resuelven solos, basta un seguimiento ultrasonográfico por 2 a 3 ciclos para verificar su regresión. Quistes mayores de 10 cm, deben manejarse con quistectomía y preservación de tejido ovárico.

-Los quistes del cuerpo lúteo que cursan con sangrado intraquístico, también son procesos auto limitados, la sangre se reabsorbe e involucionan en un período de dos semanas a tres meses. En ausencia de dolor o sangrado intra peritoneal, no hay un tamaño establecido como límite para la observación, sin embargo, los cuerpos lúteos de gran tamaño tienen un riesgo aumentado de torsión.

-La persistencia o no involución de los quistes ováricos deben manejarse quirúrgicamente con remoción del quiste y conservación del ovario.

-La torsión de ovario o anexo amerita intervención quirúrgica de urgencia. Se priorizará la detorsión con conservación de tejido ovárico cuando sea posible.

-Las neoplasias de ovario deben tratarse quirúrgicamente, pero raramente se realizan de urgencia, ya que ameritan estudios diagnósticos para determinar riesgo de malignidad.

10. Recomendaciones para el paciente/familia

Si la paciente tiene diagnóstico de masa anexial y está en seguimiento, debe dársele indicaciones de acudir a urgencias en caso de dolor abdominal agudo y no demorar.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Ginecología	CÓDIGO: PR-17-09	Página 29 de 33
	Título: Protocolos de Ginecología Urgencias	Edición: Julio 2021	
	Elaborado: Dra. Margarita Castro, Ginecología	Revisión N°:0	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta, Jefe del Departamento de Docencia	Revisado: Dra. Julissa Garisto, Ginecología	

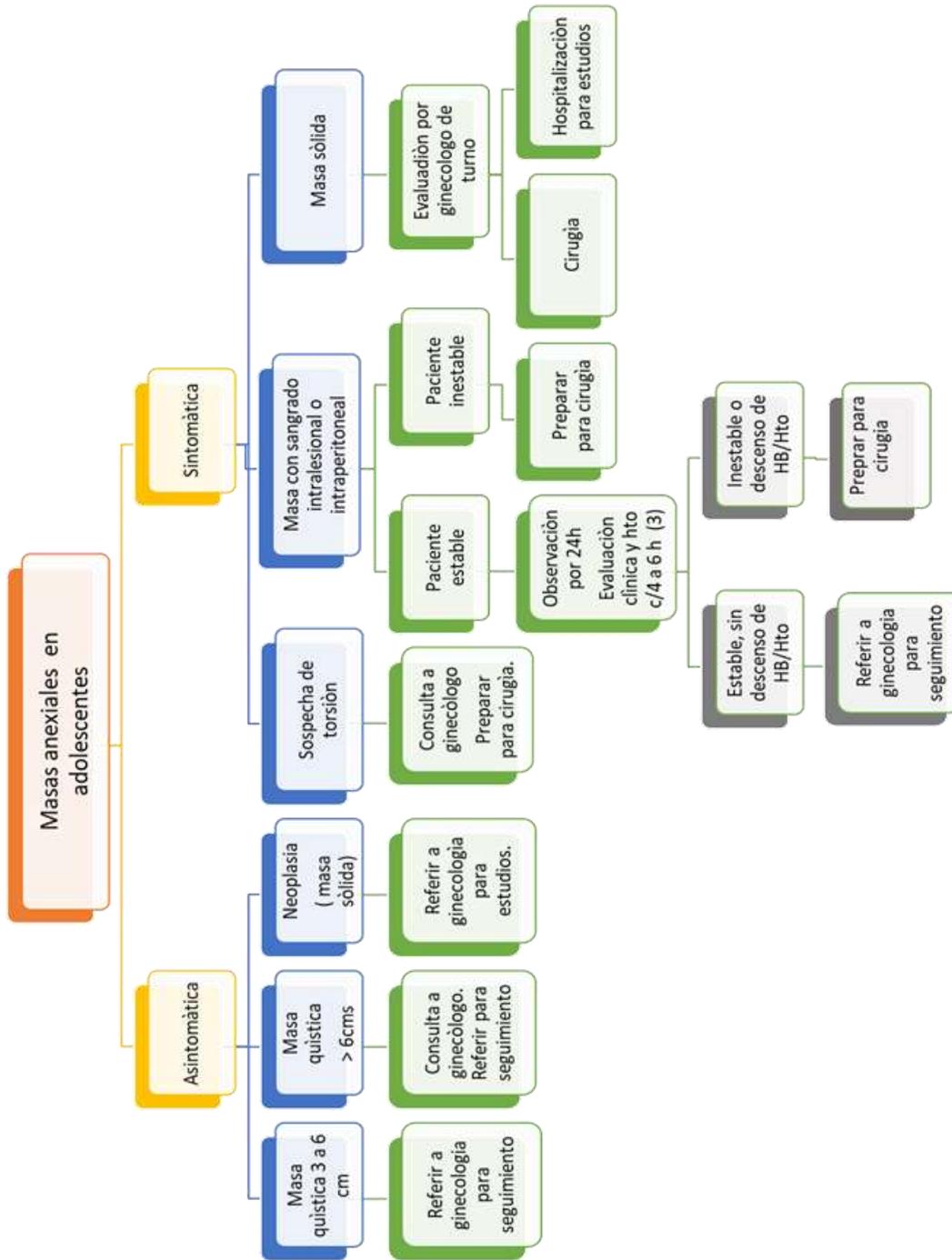
11. Medidas preventivas y de control

No existen medidas que prevengan una torsión de ovario, sin embargo, a mayor volumen del anexo, mayor posibilidad de complicaciones; por tanto, es importante el seguimiento de las masas anexiales en consulta externa.

12. Algoritmo de abordaje



HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Ginecología	CÓDIGO: PR-17-09	Página 30 de 33
Título: Protocolos de Ginecología Urgencias	Edición: Julio 2021	
Elaborado: Dra. Margarita Castro, Ginecología	Revisión N°:0	
Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta, Jefe del Departamento de Docencia	Revisado: Dra. Julissa Garisto, Ginecología	



	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Ginecología	CÓDIGO: PR-17-09	Página 31 de 33
	Título: Protocolos de Ginecología Urgencias	Edición: Julio 2021	
	Elaborado: Dra. Margarita Castro, Ginecología	Revisión N°:0	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta, Jefe del Departamento de Docencia	Revisado: Dra. Julissa Garisto, Ginecología	

Bibliografía:

Vulvovaginitis

1. T. Stricker, F Navratil, F H Sennhauser. Vulvovaginitis in prepubertal girls. Arch Dis Child 2003; 88: 324 – 326.
2. B Sharna. Management of vulvovaginitis and vaginal discharge in prepubertal girls. Reviews in Gynecological Practice (2004) 111-120.
3. Monohara Joishy, Chetan Sandeep Ashtekar, Arpana Jain, Gonsalves Rohini. Do we need to treat vulvovaginitis in prepubertal girls? BMJ 2005; Jan 22. (330).
4. Metella Dei, Di Maggio Floriana, Di Paolo Gilda, Bruni Vincenzina. Best Practice and Research Clinical Obstetrics and Gynaecology. 2010. Vol 24, issue 2. Pages 129-137.
5. Hayes L, Creighton SM. Prepubertal vaginal discharge. The Obstetrician and Gynaecologist 2007; 9: 159- 163.

Adherencia de labios menores

6. De Luna, Gloria Orejón Adherencias de labios menores en niñas prepuberales asintomáticas: tratar o no tratar. Evid Pediatr. 2009; 5: 70.
7. Egemen Eroglu, Marcus Yip; Tayfun Oktar, Sinan Mahir Kayiran; Hilal Mocan. How Should We Treat Prepubertal Labial Adhesions? Retrospective. Comparison of Topical Treatments: Estrogen Only, Betamethasone Only, and Combination Estrogen and Betamethasone. J Pediatr Adolesc Gynecol 24 (2011) 389-391.
8. Michala, Lina and Creighton, Sarah M. Review Fused labia: a paediatric approach. Obstetrician & Gynecologist 2009;11: 261–264.
9. Hatim, A Omar. Management of labial adhesions in prepubertal girls. Journal of Paediatric and Adolescent Gynecology 2013(4):13; 183-185.
10. Hjerrild Velander, Marie; Bisgaard Mikkelsen, Dorthe y Bygum, Anette Labial Agglutination in a Prepubertal Girl: Effect of Topical Oestrogen. Acta Derm Venereol 2009. Pàg 198-199.
11. Bacon, Janice; Romano, Mary; Quint, Elisabeth H. Clinical Recommendation: Labial Adhesions. NASPAG. Clinical Recommendation. J. Pediatr. Adolesc Gynecol 28 (2015) 408- 409.
12. Barbosa Ardilaa, Samuel D.; Tristancho Barób, Alexander I. y Suescún Vargas. José M. Sinequia vulvar: revisión de literatura. Labial adhesions: review of the literatura. Arch Argent Pediatr 2017;115(6):597-607.

Trauma genital

13. Merrit F Diane. Genital trauma in prepubertal girls and adolescents. Obstet Gynecol 23 (2011):307–314.
14. Merrit F Diane. Genital Trauma in the Pediatric and Adolescent Female. Obstet Gynecol Clin N Am 36 (2009) 85–98.
15. Sanfilippo Joseph S. Clinical Pediatric and Adolescent Gynecology. 2009. pág. 141-142.

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Ginecología	CÓDIGO: PR-17-09	Página 32 de 33
	Título: Protocolos de Ginecología Urgencias	Edición: Julio 2021	
	Elaborado: Dra. Margarita Castro, Ginecología	Revisión N°: 0	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta, Jefe del Departamento de Docencia	Revisado: Dra. Julissa Garisto, Ginecología	

16. Dowlut-McElroy Tazim; Higgins Jeanette; Williams Karen B; Strickland Julie L. Patterns of Treatment of Accidental Genital Trauma in Girls. J Pediatr Adolesc Gynecol 31 (2018) 19-22.

Sangrado uterino excesivo

17. Committee on Gynecologic Practice. Management of acute abnormal uterine bleeding in nonpregnant reproductive-aged women. ACOG. No. 557. April 2013.
18. LaCour D, Long D, Perlman S. Dysfunctional uterine bleeding in adolescent females associated with endocrine causes and medical conditions. J Pediatr Adolesc Gynecol. 23:62-70. 2010.
19. Munro M, Critchley H, Broder M, Fraser I. FIGO classification system (PALM-COEIN) for causes of abnormal uterine bleeding in nongravid women of reproductive age. International Journal of Gynecology and Obstetrics. 113: 3-13. 2011.
20. Susan H. Menstrual disorders. Pediatr. Rev. 34; 6: 6-18. 2013.
21. Munro. FIGO System for abnormal uterine bleedings. Am. J Obstet Gynecol 2012.
22. De Silva, Nirupama. Abnormal uterine bleeding in adolescents: Evaluation and approach to diagnosis. www.Uptodate.com. Consultado: abril 2018.
23. Boswell, Hillary Brooke. The Adolescent with Menorrhagia: Why, Who and How to Evaluate for a Bleeding Disorder. J Pediatr Adolesc Gynecol: 24 (2011); 228-230
24. Malclom G. Munro y col. La clasificación FIGO de causas de sangrado uterino anormal en los años reproductivos. Rev. De climaterio 2011.
25. Abnormal uterine bleeding in premenopausal women. JOGC. Vol 35. N. 5 Supl. 1. MAY 2013.

Masas anexiales

26. Muto M. Approach to the patient with and adnexal mass. Uptodate. Literature review current through: Jan 2020. This topic last updated Feb 06, 2020
27. Laufer MR. Ovarian cysts and neoplasms in infants, children, and adolescents. Uptodate. Literature review current through: Jan 2020. This topic last updated: Oct 09, 2019
28. Dolgin SE. Ovarian masses in the newborn. Semin Pediatr Surg. 2000. Aug; 9(3):121-7
29. Abraham C. Management of Adnexal Cysts Detected in the Antenatal Period: Review. J Pediatr Neonatal Care 2014, 1(2): 00010
30. Schenken R. Adnexal Masses in Adolescents - Pearls of Excellence. Clin Obstet Gynecol. 2015 Mar; 58(1):76-92
31. Appelbaum H, Abraham C, Choi-Rosen J, Ackerman M. Key clinical predictors in the early diagnosis of adnexal torsion in children. J Pediatr Adolesc Gynecol 26 (2013) 167-170.
32. Huerta I. Criterios sonográficos de evaluación de malignidad del tumor de ovario - Metodología IOTA (International Ovarian Tumor Analysis Group)

	HOSPITAL DEL NIÑO DOCTOR JOSÉ RENÁN ESQUIVEL Servicio de Ginecología	CÓDIGO: PR-17-09	Página 33 de 33
	Título: Protocolos de Ginecología Urgencias	Edición: Julio 2021	
	Elaborado: Dra. Margarita Castro, Ginecología	Revisión N°:0	
	Aprobado: Dr. Francisco Lagrutta, Jefe del Departamento de Docencia	Revisado: Dra. Julissa Garisto, Ginecología	

Ultrasound-based rules to assess ovarian tumor malignancy - IOTA (International Ovarian Tumor Analysis Group) approach. Rev. Peru Ginecol Obstet 2019;65(3):313.

- 33.** Castro, Margarita. Masas anexiales en niños y adolescentes. Hospital del Niño de Panamá. 2008-2008. Congreso ALOGIA 2011. Primer premio de contribución nacional.