

Sangrado genital en la infancia

Dra. Margarita Castro
Ginecología - Obstetricia
Ginecología Infanto-Juvenil
Panamá

XII Congreso Latinoamericano de Ginecología Infantil y de la Adolescencia

VII Congreso Chileno de Ginecología Infantil de de la Adolescencia.

Julio, 2011

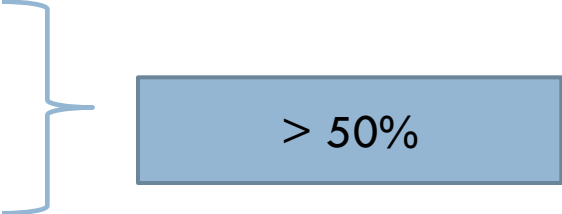
Santiago de Chile

Sangrado genital en la infancia

- Sangrado a través de los genitales de una niña sin precisar el origen.
- Puede ser: Vulvar, vaginal o uterino.
- Es un síntoma y no un diagnóstico.
- Su tratamiento va a depender de la causa que lo origine.

- Elementos para su aproximación diagnóstica:
 - Historia clínica
 - Examen físico incluyendo Vaginoscopía.
 - Conocimiento de la anatomía y la fisiología de la infancia.

Causas de Sangrado Genital

- Sangrado vulvo-vaginal: (local en 78- 86%)
 - Vulvovaginitis
 - Trauma genital
 - Cuerpo extraño
 - Prolapso de mucosa uretral
 - Tumores de vulva/vagina (hemangioma, adenoCa de cuello/vagina; sarcoma botrioides, seno endodérmico)
 - Adherencia de labios menores
 - Enfermedades cutáneas vulvares
 - Sangrado uterino - Endometrial (12-25%)
- 

Sangrado vulvo-vaginal

Vulvovaginitis

- 85% de consulta en la red primaria
- Puede ser: Inespecífica (70-80%) o específica.
- La presentación con genitorragia oscila entre 5-10% en distintas series.
- Los microorganismos que con mayor frecuencia provocan genitorragia son: *Shigella*, *Yersinia*, *Staphylococcus aureus* y el Streptococo B Hemolítico Grupo A (*St. pyogenes*).
- Diagnóstico: Cultivo de secreción.
- Tratamiento: Antibióticos orales



Trauma genital

- Pueden ser: accidentales o secundarios a abuso sexual o físico.
- Frecuentemente en silla de montar (caída en horcajadas), aunque puede haber pacientes con lesiones vaginales penetrantes.
- El manejo de las lesiones traumáticas es en general conservador (hielo, anti-inflamatorios). Evaluación bajo anestesia en casos especiales.



Cuerpo extraño : 4%

- Síntomas: Secreción genital con tinte hemático o sangrado vaginal, Secreción genital de mal olor, visión directa del cuerpo extraño, palpación rectal, dolor abdominal inespecífico y prurito genital.
- Duración de los síntomas: variable
- Objeto más común: papel higiénico.
- Diagnóstico: Visualización directa al examen en posición de rana o genupectoral o bajo anestasia o vaginoscopía.



Prolapso de mucosa uretral

- Eversión parcial o completa de la mucosa uretral en su porción distal.
- Cuadro clínico: Sangrado genital asociado o no a disuria.
- Examen genital: Masa anular friable que rodea la uretra (donut)
- Tratamiento: Estrógenos tópicos, baños de asiento, analgésicos/antibióticos. Excisión quirúrgica en el grado 4.
- DX diferencial: Condiloma acuminado, sarcoma de vagina/uretra, ureterocele prolapsado, pólipos genitales.



Tumores genitales

- Tumores genitales:
 - Vasculares (hemangioma --- más frecuente)
 - Malformaciones vasculares
 - Neoplasias benignas (pólipos himen/vagina)
 - Neoplasias malignas (AdenoCA de células claras /Sarcoma/
Tu del Seno endodérmico)
- Deben considerarse toda vez en que se presente:
 - Úlcera genital crónica
 - Aumento de volumen genital no traumático
 - Protrusión de tejido por la vagina
 - Secreción sanguinolenta de mal olor.

Tumores genitales -Hemangiomas

- Tumor vascular más frecuente en infantes (10%)
- Curso clínico: proliferación, involución, regresión. La mayoría regresa espontáneamente. Complicaciones: ulceración (13%) o sangrado.
- Tratamiento: Expectante. Ulceración:corticoides, agentes antiangiogénicos y resección quirúrgica/laser.
- Los hemangiomas localizados en el área genital pueden estar asociados a disrrafismo espinal, anomalías anogenitales, cutáneas, renales y urológicas; angiomas lumbosacros y meningoceles, entre otras cosas.



Sarcoma Botrioides

- Rabdomyosarcoma embrionario+ frec,
- 1/3 de los casos son metastásicos al diagnóstico (metástasis: ganglios regionales, pulmón, pericardio, hígado, riñón, hueso.)
- Incidencia :< de 5 años y adolescentes.
- Síntomas: Secreción sanguino-purulenta indolora persistente con episodios de sangrado y masa semejante a uva que protruye a través del introito.
- Diagnóstico: Biopsia (Vaginoscopía)
- Tratamiento: Excisión local + quimioterapia /radioterapia. Sobrevida 90% en enf. temprana. Recurrencias 5 primeros años.



Adherencia de labios menores

- ❑ Incidencia: 1 - 38%
- ❑ Relacionada con hipoestrogenismo e irritación de la piel por higiene deficiente.
- ❑ La irritación puede producir flujo sanguinolento y prurito.
- ❑ Síntomas: Asintomáticas (+ frec). Eritema y prurito genital, genitorragia, infecciones/retención urinarias/pseudoincontinencia.
- ❑ Diagnóstico: clínico
- ❑ Tratamiento: Conservador (aseo, evitar irritantes), estrógenos tópicos, corticoides, separación quirúrgica.



Enfermedades cutáneas vulvares

- Son de curso benigno:
 - Dermatitis por pañal
 - Enfermedades sistémicas: Varicela, sarampión
 - Psoriasis
 - Dermatitis atópica
 - Dermatitis seborreica
 - Liquen esclero- atrófico

Liquen escleroso

- Es raro en la prepuber. (aprox 6 años)
- Síntomas: Prurito/irritación vulvar, disuria, sangrado genital, secreción vaginal, defecación dolorosa.
- Examen físico: Pápulas y placas planas blanquecinas, piel apergaminada en forma de reloj de arena, Petequias. 10% asintomáticas.
- Diagnóstico: Clínico. Biopsia si hay dudas.
- Tratamiento: Corticoides de alta/ baja potencia. Emolientes.
- Alta frecuencia de recurrencias que requieren re- tratar.



Sangrado uterino-endometrial

Sangrado endometrial

□ Causas:

- Hemorragia fisiológica de la recién nacida.
- Exposición a estrógenos exógenos
- Pubertad precoz dependiente de gonadotropinas
- Pubertad precoz independiente de las gonadotropinas
- Menarca precoz

**Alteraciones
endocrinas**

Pubertad precoz dependiente de gonadotropinas

- La causa central es la más frecuente y se produce por maduración “adelantada” del eje hipotálamo-hipófisis-ovario dándose la aparición cronológica de los eventos puberales antes de los 8 años de edad en las niñas.
- Sospecha diagnóstica: Mamas y/o de vello púbico además de un aumento en la velocidad de crecimiento < 8 años.
- Causas:
 - ▣ Central (Idiopático 90%, tu. hipotalámicos, irradiación craneal)
 - ▣ Tumores productores de B-hCG
 - ▣ Hipotiroidismo primario
- Tratamiento: Análogos de GnRh, otros según la causa.

Pubertad precoz independiente de las gonadotropinas

- Maduración sexual independiente del estímulo Hipotálamo – Hipófisis.
- Causas (periféricas):
 - ▣ Neoplasias ováricas (tu cels de la granulosa)
 - ▣ Quistes funcionales de ovario
 - ▣ Adenomas suprarrenales (raros)
 - ▣ Síndrome de Mc Cune – Albrigh
- Diagnóstico: USG/TC de pelvis - suprarrenal, exámenes moleculares y hormonales.
- Tratamiento: Cirugía o seguimiento médico según el caso.



Conclusiones

- La genitorragia es una causa infrecuente de consulta.
- Las lesiones locales del tracto genital son las causas más frecuentes (74%) de sangrado genital en la pre menarquia (principalmente la vulvovaginitis y trauma genital); la pubertad precoz es la segunda causa.
- A pesar de que las neoplasias malignas del tracto genital son raras deben descartarse en toda paciente con sangrado genital sin causa aparente (vaginoscopia).
- La historia clínica y el examen físico guían el diagnóstico.
- La Vaginoscopia es una herramienta diagnóstica de mayor utilidad.
- Sólo con el diagnóstico preciso puede instaurarse un tratamiento eficaz.

Gracias

Kids

PC

