

# 28ª JORNADAS DE LA ASOCIACIÓN ANDALUZA DE PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA



CÓRDOBA  
14 y 15 de marzo 2025  
Palacio de Congresos



## Problemas ginecológicos frecuentes en la infancia y adolescencia

**Rocío López Mármol**

FEA Ginecología y obstetricia

Hospital Universitario Virgen de las Nieves

Clínica Gutenberg ( Granada)



# ¿Por qué es importante conocer la ginecología pediátrica?

---

Evitar estudios innecesarios

---

No crear angustia innecesaria en los familiares.

---

Aportar pruebas que demuestren falta de cuidados o supongan un delito (abuso sexual).



# ¿Cómo explorar?





*Exploración*

---



# Pólipo o Tag himeneal

---

Variante anatómica más frecuente. Seguimiento.

*Himen*

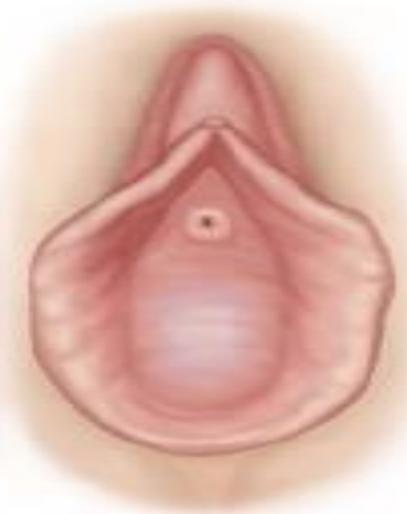
---

# Himen

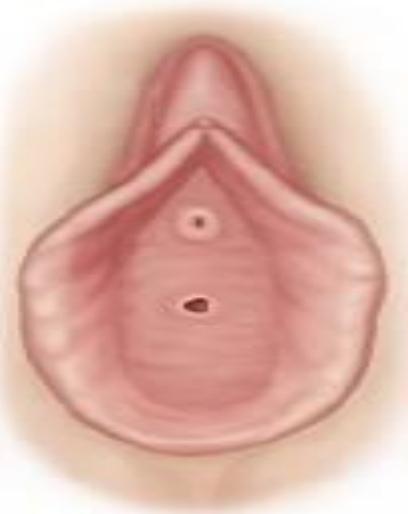
---



**A** Normal



**B** Imperforate



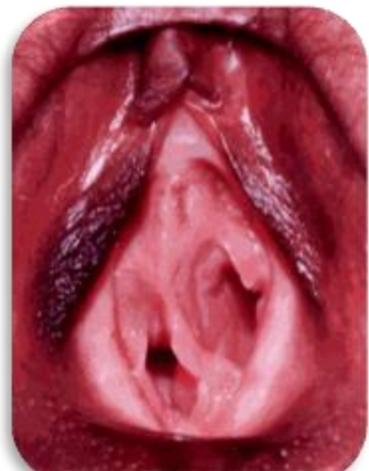
**C** Microperforate



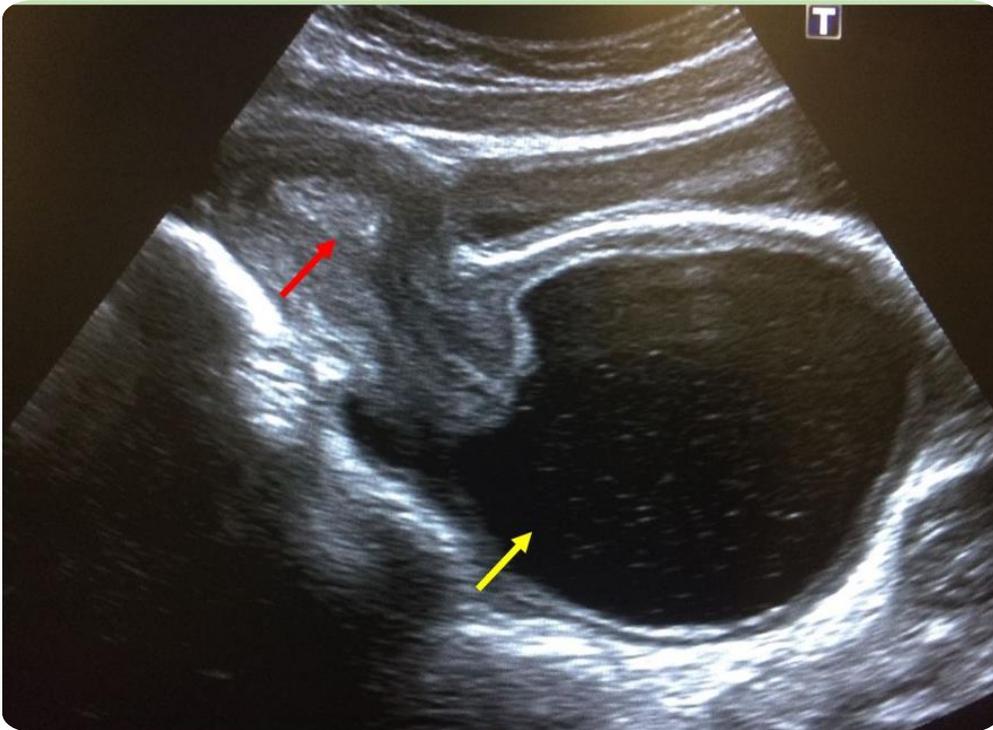
**D** Cribriform



**E** Septate



# Caso clínico



- Niña de **13 años** acude a su pediatra por **dolor abdominal recurrente** que padecía desde hacía 8 meses de forma repetida (4 o 5 días al mes, todos los meses), localizado en hipogastrio, no irradiado, de características cólicas, que a veces le despertaba por las noches, **sin relación con las comidas y sin sintomatología acompañante.**
- Las deposiciones eran duras, con esfuerzo y dolor, en número de una al día, sin sangre ni moco. No se documentó pérdida de peso.
- La ecografía abdominal mostró una imagen de aspecto quístico con contenido en su interior, bien delimitada, de 10 cm de diámetro que desplazaba la vejiga urinaria.

# Himen imperforado

- Se deriva a ginecología.
- Estudio ginecológico mediante ecografía.
  - Infrecuente de asociación a otras malformaciones genitales
- Cma
- **Tto preventivo:** amoxicilina clavulánico



# Importancia de exploración del himen

<b>Escotadura Congénita</b>	<b>Ruptura Traumática</b>
1. No profundiza hasta la inserción	1. Llega hasta el borde de inserción del himen
2. Bordes regulares	2. Bordes irregulares
3. Disposición simétrica	3. Disposición asimétrica frecuente
4. Bordes revestidos por epitelio	4. Bordes revestidos por tejido hemático o fibroso blanco
5. No hay signos de cicatrización	5. Si los hay, en los bordes de implantación
6. No hay infección en membrana	6. Si, puede haberla



Himen desgarró reciente



Himen desgarró antiguo

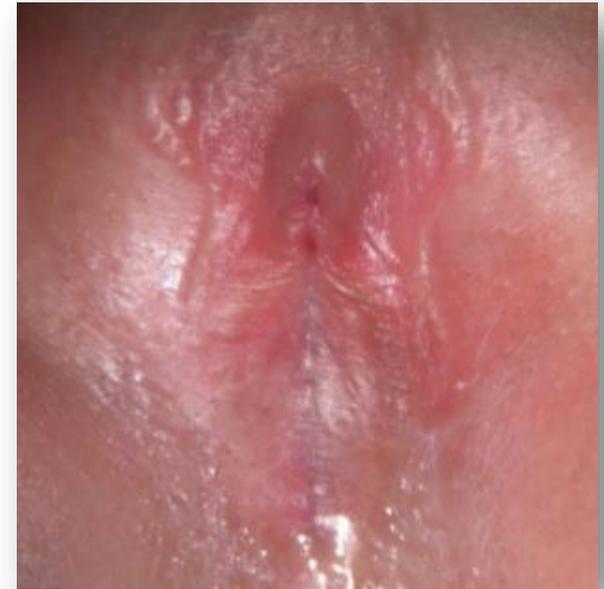
# *Patología vulvar*

---

# Sinequia de labios

## CAUSAS:

- Niveles bajos de estrógenos
- Higiene inadecuada
- Irritación local (dermatitis del pañal)



- Grado adhesión

+ Grado adhesión

# Tratamiento

## Leves:

- Asintomáticas,
- Involucran solo una pequeña porción de los labios
- No afectan el flujo de orina
- **Medidas higiénicas + aceite de rosa de mosqueta**

## Si afecta a uretra o gran adhesión:

- **Estriol (ovestinon) o promestieno (colpotrofin)** alternando con **betametasona 0,05% 1/12h 3 semanas + 1 /24h 3 semanas**
- **Cirugía** → casos refractarios a tto, gran adherencia.



# Caso clínico

- Niña de 15 meses que consulta por desarrollo mamario bilateral de 15 días de evolución. En tratamiento con **colpotrofin** desde hace **10 semanas** por sinequia de labios menores.
- **Exploración: mamas Tanner (T)III de 3,5 cm de diámetro, incremento de pigmentación areolar bilaterales.** No pubarquia ni axilarquia.
- Peso: 12 kg (p93, 1.51 DE). Talla: 82 cm (p95, 1.75 DE). IMC: 17.85 % (p70, 0.53 DE). Superficie Corporal: 0.52 m<sup>2</sup>. V. crec.: 15.8 cm/año: (p93, 1.54 DE).
- Edad ósea: 2,5 años
- Analítica: LH 0.7mU/ml; FSH 2.7 mU/mL; Estradiol (457 pg/mL. Perfil hormonal (TSH, T4 Libre, Prolactina, DHEAS, Androstendiona, cortisol) normal
- **Se suspendió el tratamiento** estrogénico tópico y se realizaron consultas de control clínico y ecográfico, **desaparición de la telarquia.**

*“La formación de brotes mamarios y el sangrado vaginal se resuelven después del cese de la crema tópica de estrógeno”*

# Condilomatosis genital:

## Transmisión materno-infantil:

- La mayor transmisión de VPH es **durante el embarazo** y NO durante el parto.
- **Cesárea:** si obstaculizan el canal de parto o si sangrado excesivo.

## Heteroinoculación :

- Durante el contacto no sexual con un cuidador, como bañarse o cambiar pañales.

## Autoinoculación

## Abuso sexual

**¡Varias vías de contagio!**



La presencia de condilomas en la región genital **NO es un criterio de diagnóstico** de sospecha de abuso sexual, pero **si** establece **sospecha** →

Recopilar información  
clínica y contexto  
social



[Pediatr Ann.](#) 2009 Jul;38(7):368-72.

**The management of condyloma acuminata in the pediatric population.**

[Culton DA](#)<sup>1</sup>, [Morrell DS](#), [Burkhart CN](#).

Anogenital warts in pediatric population<sup>\*</sup>

[Miguel Costa-Silva](#)<sup>1</sup>, [Inês Fernandes](#)<sup>2</sup>, [Acácio Gonçalves Rodrigues](#)<sup>2</sup> and [Carmen Lisboa](#)<sup>1,2</sup>



Verrugas anogenitales: estudio clínico-patológico y virológico

Anogenital Warts: A Clinical, Pathological and Virological Study

J. Mataix Díaz<sup>a</sup>, I. Betloch Mas<sup>a</sup>, N. Pastor Tomás<sup>a</sup>, J. Bañuls Roca<sup>a</sup>, M.T. Martínez<sup>b</sup>

# Condiloma acuminado

- **Seguimiento.**
- **Imiquimod al 5%** (tres veces por semana durante hasta 16 semanas)
- **Imiquimod 3.75%** se aplica una vez al día durante 8 semanas
- Solución de **podofilotoxina al 0,5%** (3 días por semana durante hasta 4 semanas).
- **Quirúrgico** (crioterapia, electrocoagulación, láser..) → lesiones recidivantes o muy extensas.

[Pediatr Infect Dis J. 2007 Mar;26\(3\):265-6.](#)

**Effectiveness of imiquimod 5% cream for treatment of extensive anogenital warts in a seven-year-old child.**

[Campaner AB<sup>1</sup>, Santos RE, Galvão MA, Beznos GW, Aoki T.](#)

[Infect Dis Obstet Gynecol. 2011;2011:806105. doi: 10.1155/2011/806105. Epub 2011 Aug 24.](#)

**Imiquimod 3.75% cream applied daily to treat anogenital warts: combined results from women in two randomized, placebo-controlled studies.**

[Baker DA<sup>1</sup>, Ferris DG, Martens MG, Fife KH, Tyring SK, Edwards L, Nelson A, Ault K, Trofatter KF, Liu T, Levy S, Wu J.](#)

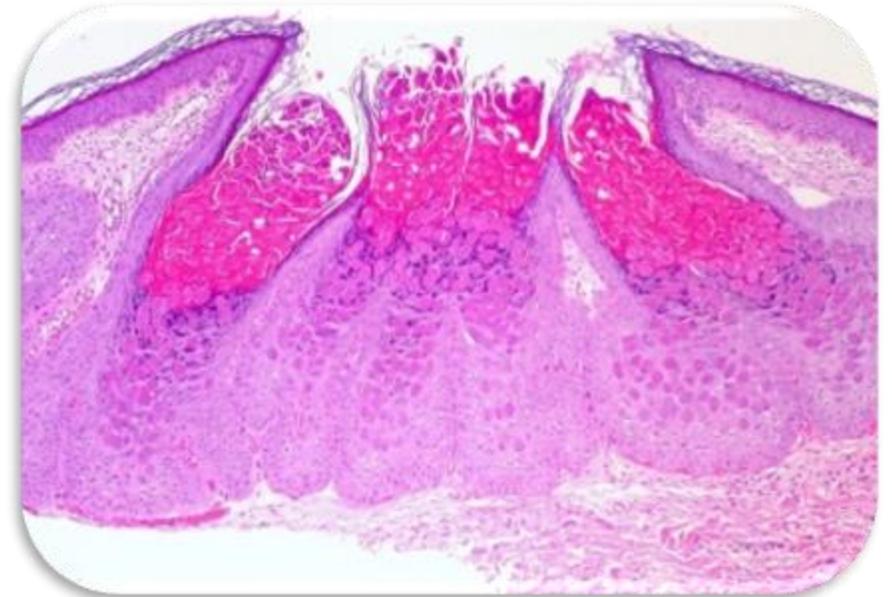
[Sex Transm Dis. 2011 Mar;38\(3\):216-8. doi: 10.1097/OLQ.0b013e3181f68ebb.](#)

**Efficacy and safety of imiquimod versus podophyllotoxin in the treatment of anogenital warts.**

[Komericki P<sup>1</sup>, Akkilic-Materna M, Strimitzer T, Aberer W.](#)

# Molusco contagioso

- Infección viral benigna de la piel.
- Pápulas en forma de cúpula con **umbilicación central**
- Contacto directo de piel a piel o a través de fómites.
- **Diagnóstico: no precisa biopsia**



# Molusco contagioso

## TRATAMIENTO:

- Seguimiento
- Crioterapia
- Curetaje
- Cantaridina al 0,9% (4h y retirar).

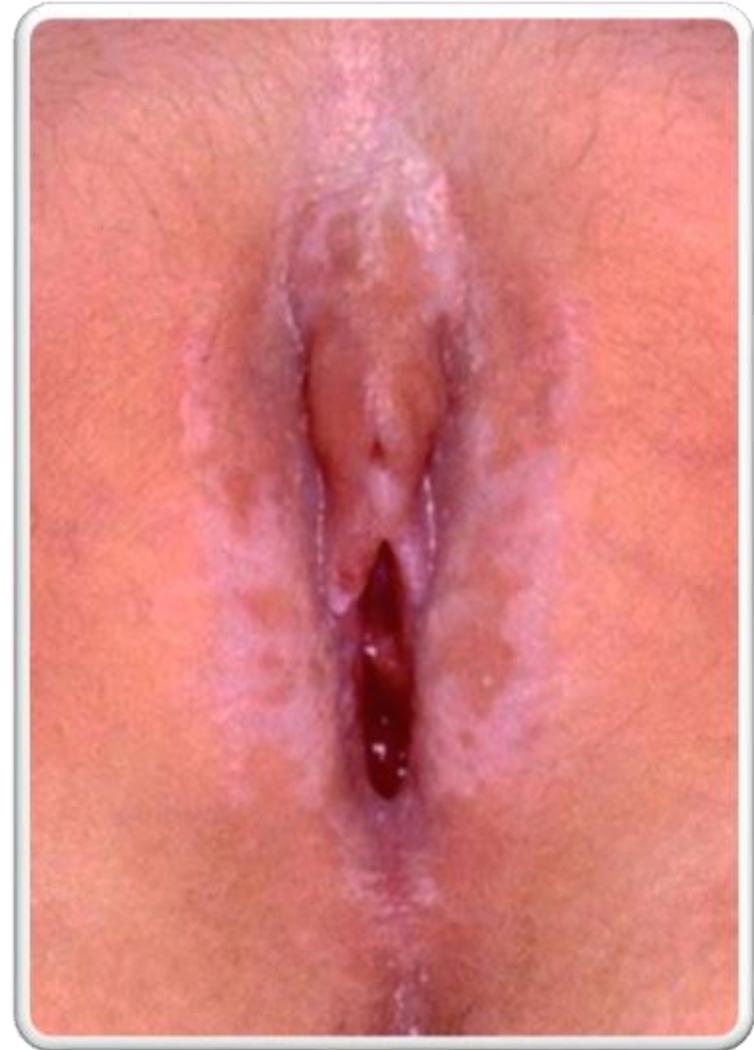
*“La evidencia encontrada no favorece ningún tratamiento. La resolución natural del molusco contagioso sigue siendo un método sólido para tratar la enfermedad”.*



# Liquen escleroso

---

- El diagnóstico en niños se realiza mediante inspección visual.
- **NO** se requiere una biopsia (en contraste con la población adulta).
- **Clobetasol** al 0,05% de pomada diaria durante tres meses.
- Recaída muy infrecuente tras finalizar tratamiento.



# Caso clínico.

---



## Historia clínica

Niña de 8 años de padres separados, que acude a urgencias acompañada por su madre tras estancia de 15 días con el padre. Presenta lesiones en área genital externa (fig. 1) y refiere intenso prurito. En la exploración se objetiva una erosión hemorrágica vulvovaginal con mínimo sangrado. Antecedentes de varicela hace 6 meses y púrpura trombocitopénica 1 año atrás.

# Caso clínico.

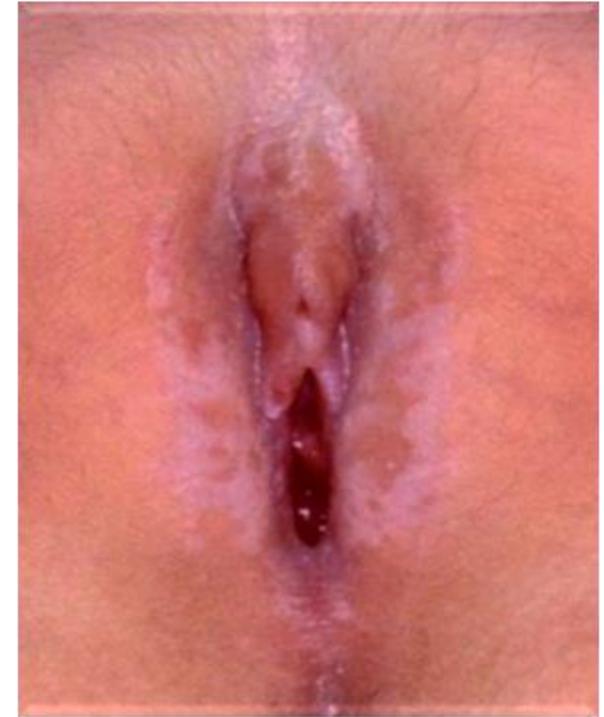
---

Tras exploración ginecológica se comprueba himen íntegro.

Buena respuesta a tto con lavados con suero fisiológico y antibioterapia.

Aparición de lesiones hiperqueratósicas en la periferia de las lesiones.

Se descartaron ets y tras biopsia de lesión se confirmó caso de Liquen escleroatrófico.



Rev esp med legal. 2008;34(1):47-8



REVISTA ESPAÑOLA DE  
MEDICINA LEGAL

www.elsevier.es/mlegal



MEDICINA LEGAL EN IMÁGENES

Lesiones vulvares en una niña

Carles Martín-Fumadó<sup>a</sup>, Eneko Barbería-Marcain<sup>a</sup>, Amadeo Pujol-Robinat<sup>a</sup>  
y Josep Arimany-Mansó<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Instituto de Medicina Legal de Cataluña. Barcelona. España.

<sup>b</sup>Área de Praxis. Colegio Oficial de Médicos de Barcelona. Barcelona. España.



# Enfermedades sistémicas

- Sarampión, la varicela, la escarlatina, VEB , CMV y la enfermedad de Kawasaki pueden producir leucorrea.
- Si úlceras vaginales y úlceras en mucosa bucal → sospecha **Sd Behcet**
- Realizar serología para VIH , Herpes 1 y 2, Lues y Chlamydia ( si RS)



## • Úlceras de Lipschutz

- Las úlceras suelen ser grandes (> 1 cm) y profundas,
- Apariencia parcialmente simétrica ("patrón de besos")
- Precedidas de síntomas parecidos a la gripe o mononucleosis.
- **Tratamiento:**

Prednisolona oral peso (kg)\*0,15/24h

Deflazacort 1 gota por kg /24h

# *Vulvovaginitis*

---



# Factores de riesgo

---

- Falta de desarrollo labial.
- Mucosa delgada no estrogenizada
- Más pH alcalino (pH 7) que las mujeres posmenárquicas
- Mala higiene
- Baños de burbujas, champús, desodorantes, jabones u otros irritantes.
- Obesidad
- Presencia de cuerpos extraños
- Elección de ropa (leotardos, mallas..)

# Vulvovaginitis

Microorganismos causales		
Edad	Frecuentes	Menos frecuentes
Niña prepuberal	Flora mixta (y factores irritantes locales)	<ul style="list-style-type: none"><li>• EBHGA (<i>Streptococcus pyogenes</i>), <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b (Hib), <i>Staphylococcus aureus</i>, Oxiuros</li><li>• Otras causas no infecciosas: cuerpo extraño intravaginal</li></ul>
Pubertad y adolescencia	<i>Candida albicans</i>	Vaginosis bacteriana <sup>1</sup> , <i>Trichomona vaginalis</i> <sup>2</sup>

Estudios complementarios		
	Indicados en la evaluación inicial	Indicados en situaciones especiales
Microbiología	No son necesarios si la clínica es leve	Cultivo de la secreción vaginal si leucorrea o sintomatología importantes o no mejoría con el tratamiento sintomático inicial
Otros estudios		Exploración ginecológica si se sospecha la presencia de un cuerpo extraño intravaginal

Tratamiento antimicrobiano				
Situación clínica	De elección		Alternativas	
Cuadros leves inespecíficos	No indicado		<p>En casos con sintomatología persistente, de forma empírica, tratamiento dirigido a EBHGA y Hib:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Amoxicilina/clavulánico 40 mg/kg/día (de amoxicilina), en 3 dosis, durante 7-10 días, VO</li> </ul>	
Infecciones específicas <sup>3</sup>	EBHGA		<ul style="list-style-type: none"> <li>Penicilina V; dosis: 250 mg/12 horas si &lt;12 años y 500 mg/12 horas si ≥12 años de edad; durante 10 días, VO</li> </ul>	
	<i>H. influenzae</i> tipo b	No productor de beta-lactamasas	<ul style="list-style-type: none"> <li>Amoxicilina 50 mg/kg/día, en 3 dosis, durante 10 días, VO</li> </ul>	
		Productor de beta-lactamasas	<ul style="list-style-type: none"> <li>Amoxicilina / clavulánico 40 mg/kg/día (de amoxicilina), en 3 dosis, durante 10 días, VO</li> </ul>	
	Oxiuros		<ul style="list-style-type: none"> <li>Mebendazol<sup>4</sup> 100 mg o pamoato de pirantel<sup>5</sup> 10 mg/kg; dosis única, VO (y repetir a las 2 semanas)</li> </ul>	
	<i>Candida albicans</i> <sup>5</sup> (Infrecuente): - Diabéticos - Inmunodeprimidos - Tras antibiótico		Clotrimazol crema intravaginal <sup>7</sup> 1 aplicación diaria, 7-14 días	<ul style="list-style-type: none"> <li>Clotrimazol óvulo vaginal<sup>7</sup> de 500 mg dosis única</li> <li>Clotrimazol óvulo vaginal<sup>7</sup> de 100 mg, 1 al día durante 7 días o cada 12 horas durante 3 días</li> <li>Fluconazol<sup>8</sup> (1 dosis única de 150 mg), o Itraconazol<sup>9</sup> (200 mg, c/12 horas, 1 solo día), VO</li> <li>Nistatina<sup>10</sup></li> </ul>
	Vaginosis bacteriana <sup>11</sup>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Metronidazol óvulo vaginal<sup>12</sup>, una vez al día, durante 5 días</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Metronidazol<sup>13</sup> 500 mg/12 horas, durante 7 días, VO</li> </ul>
<i>Trichomona vaginalis</i> <sup>14,15</sup>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Metronidazol<sup>13</sup> 500 mg/12 horas, durante 7 días, VO</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Metronidazol<sup>13</sup> 2 g dosis única, VO</li> </ul>	

# Vulvovaginitis.

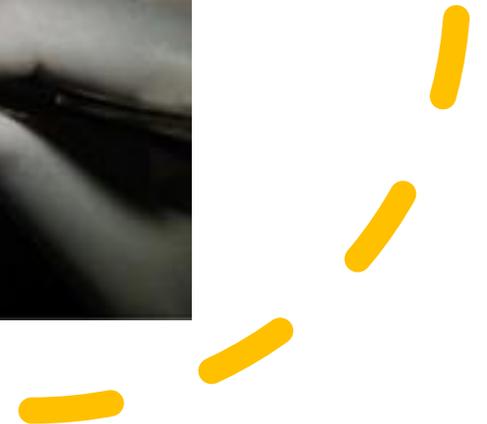
## Vulvovaginitis inespecíficas (2/3 de todos los casos)

- Vulva  vagina (niñas)
- Vagina  vulva (mujer y adolescente)

Evitar mallas, leotardos o medias.  
Pijamas tipo camisón  
Cambio de ropa interior (doble  
aclarado, eliminar restos de  
productos químicos).  
Correcta higiene perianal.  
Baños sin productos químicos.  
Crema protectora de óxido de zinc en  
zonas más afectas.

# Cuerpo extraño

- **CLÍNICA**→ secreción vaginal crónica, sangrado o manchas intermitentes y / o flujo maloliente.
- Cuerpo extraño más frecuente→ Papel higiénico.
- Extraer con irrigación con líquido caliente (suero fisiológico) VS Vaginoscopia.



# Cuerpo extraño



Dolor  
genital



Secreción  
gris



Pila de  
botón en  
vagina

- Inspeccionar cuidadosamente la mucosa vaginal mediante **vaginoscopia** para determinar la profundidad de la quemadura.
- Dependiendo de la profundidad de la quemadura, también puede estar indicada la evaluación de la vejiga o la mucosa rectal.

*Analítica hormonal*

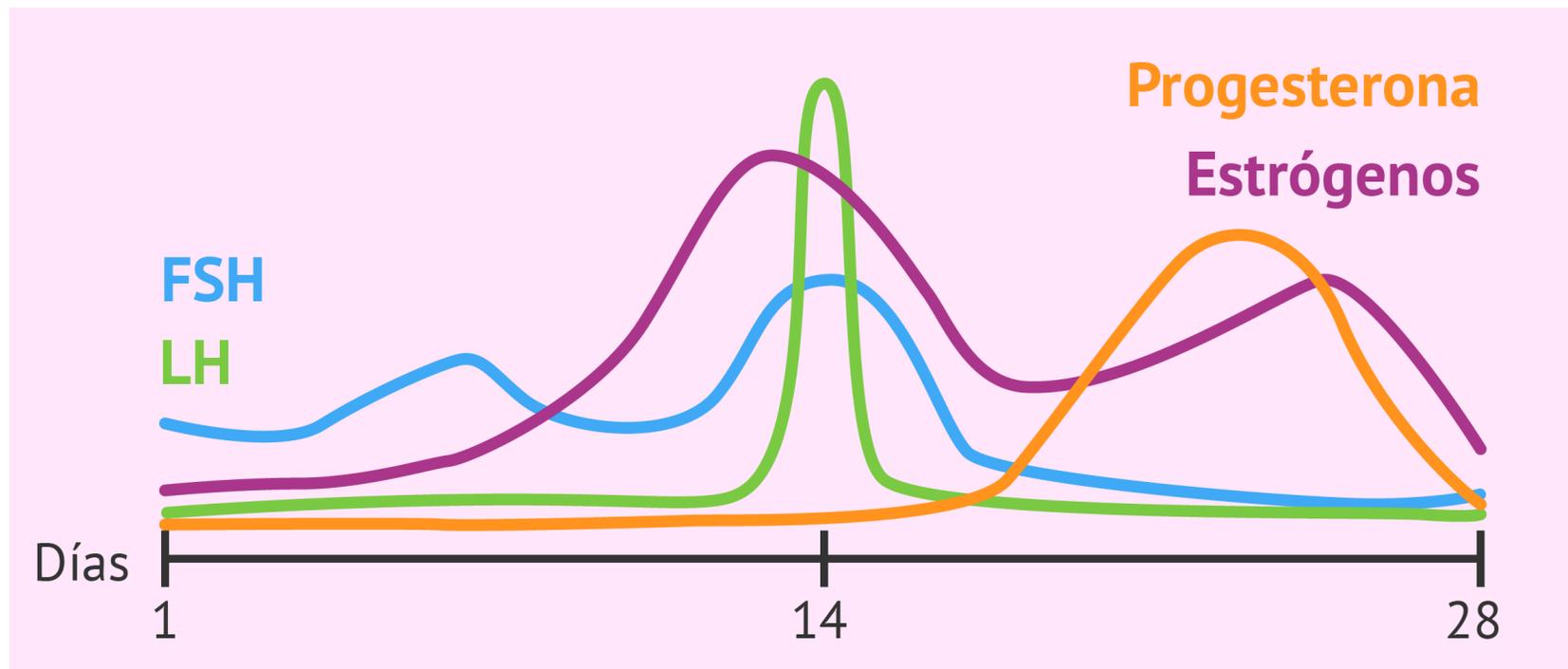
---

# ¿Cómo interpretar una analítica?

1º día de ciclo-->1º día de regla

Analítica sanguínea:

- **FSH, LH y E2.** → 1-4 día del ciclo.
- **Progesterona** → 20-24 día del ciclo



# *Alteración menstrual*

---

# Amenorrea

## Amenorrea primaria:

- Ausencia de menstruación
  - a los 16 años
  - a los 14 años con retraso del crecimiento o falta de desarrollo de los caracteres sexuales secundarios.

## Amenorrea secundaria:

- Ausencia de menstruación en una mujer que ya **ha menstruado de forma regular** .
  - >3 ciclos sin menstruación

# Causas de amenorrea

AMENORREA						
Tipo	Central			Gonadal		Genital
Causa	Hipotalámica (orgánica / funcional)	Hipofisaria (orgánica / funcional)	Hiperprolactinemia	Ovárica	SOP, otros	Útero, vagina
Hormonas	FSH ↓, LH ↓, E <sub>2</sub> ↓	FSH ↓, LH ↓, E <sub>2</sub> ↓	↑ PRL	FSH ↑, LH ↑, E <sub>2</sub> ↓		FSH, LH y E <sub>2</sub> normales

# 1º Etapa. Test de gestágenos



## Dos opciones de tratamiento:

**Acetato de medroxiprogesterona:**  
10 mg v.o. / día / 5 días.

**Progesterona natural micronizada:**  
200 mg v.o. / día / 5 días.



## Interpretación

**Test positivo:** sangrado a los 2-7 días → canal genital intacto, y endometrio reactivo a estrógenos endógenos

**Test negativo:** no sangrado tras la privación de gestágenos → canal genital alterado, o no respuesta suficiente del endometrio (alteraciones hipófisis, o fallo ovárico).



## 2º Etapa. Test de estrógenos - progesterona.

### Pautas de tratamiento :

Valerato de estradiol 4 mg v.o. /día /3 semanas (Progynova®, Meriestra®) + **progesterona micronizada** 300 mg v.o. /día /10 últimos días (Utrogestan®, Progeffik®).

Valerato de estradiol 2 mg + norgestrel 0,5 mg v.o. /día /10 días (**Progyluton®**).



### Interpretación

**Test +:** sangrado tras el tratamiento → canal genital intacto y existencia de un **estado hipoestrogénico** por anomalías a nivel gonadal o hipotálamo-hipofisario. Se pasa a la tercera etapa.

**Test -:** no se produce sangrado por privación → canal genital alterado.



## 3º Etapa. Análisis de FSH y LH

Se debe realizar al menos 2-6 semanas tras test de estrógenos-gestágenos.



### Resultados

FSH > 40 y LH >25 UI /l en 2 determinaciones:  
**Fallo ovárico precoz /ovario resistente**

FSH y LH < 5 UI /l: estado hipogonadotrópico.  
**Causa es hipofisaria o hipotalámica →RM**

# Dismenorrea

- Estudio de hemograma, coagulación , eje tiroideo y perfil hepato-renal
- AINES → Naproxeno

- Anticoncepción hormonal

**Levonogestrel+ etinilestradiol**

- ¿Presenta otros síntomas? ( Acné, hirsutismo...)



**Dienogest + etinilestradiol**



# Hipermenorrea

- ¿Es una hipermenorrea real? → **Calendario menstrual**
- Solicitar hemograma para estudio de anemia
- Cambio de perfil de ciclo en el 1º año tras la menarquia.
- Tratamientos:
  - AINES : ibuprofeno, naproxeno
  - **Ácido tranexámico**: 20 mg/kg/día.

*Anticoncepción*

---

# Anticoncepción: Doble método

- **Preservativo**

- Aumento de promiscuidad
- Mayor % de olvidos
- Protección de ITS!!!



- Implante transdérmico ( 3 años)
- Anillo vaginal ( 21 d)
- ACO
  - Sólo gestágenos (cerazet)
  - Estrógenos+gestágenos

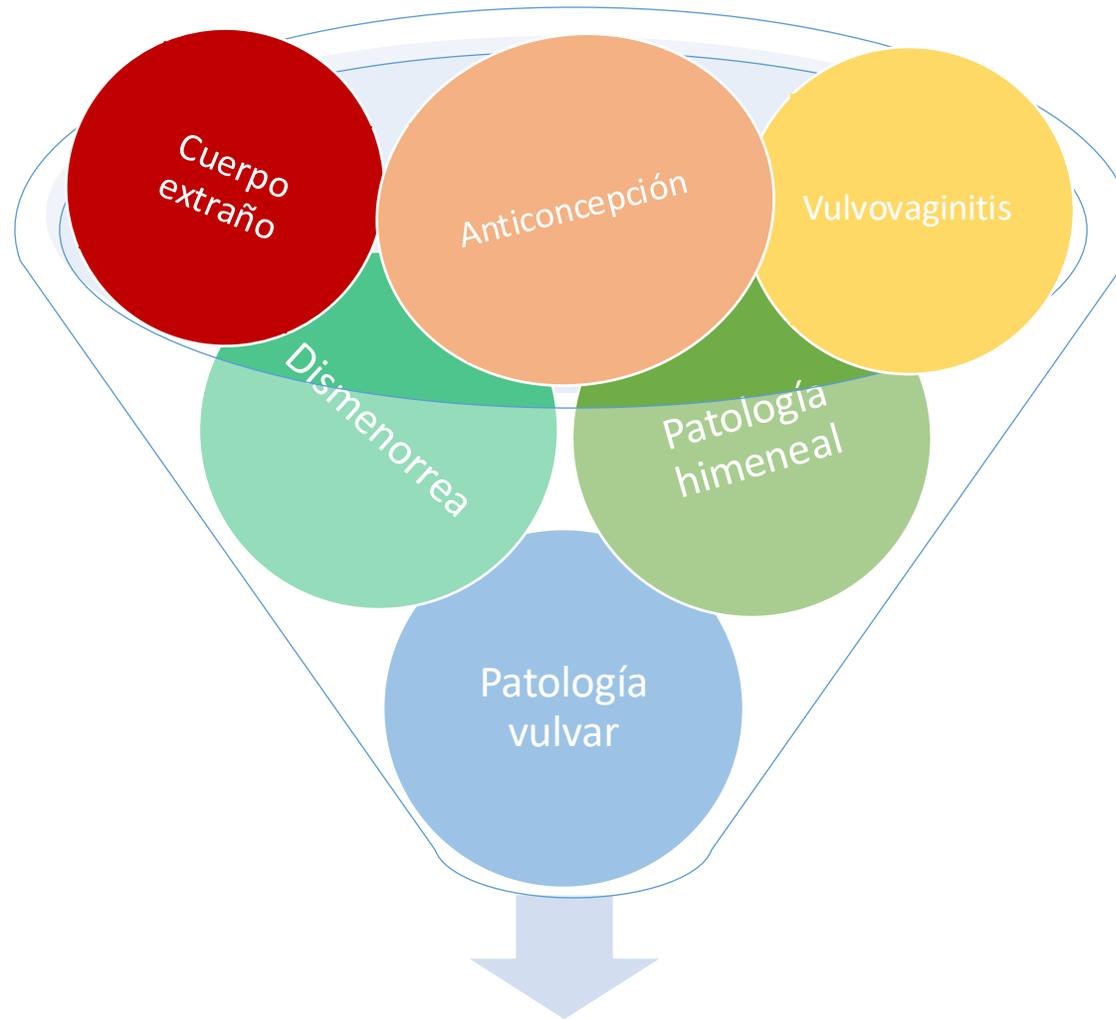




# Píldora del día después

- Anticoncepción de emergencia
- Alteración menstrual en los dos próximos ciclos.
- Realizar despistaje de ITS
- Su efectividad se reduce drásticamente después de las 72 horas

**¡Educación sexual!**



*Ginecología pediátrica*

GRACIAS

 rociolopezmarmol@gmail.com