



URGENCIAS GINECOLÓGICAS PEDIÁTRICAS

Coordinadora: Ana María Calderón Cabrera

URGENCIAS GINECOLÓGICAS PEDIÁTRICAS	1
201 – ABUSO SEXUAL INFANTIL (ASI)	2
202 – ALTERACIONES VULVOVAGINALES	8
203 – ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA, EMBARAZO Y ABORTO EN LA ADOLESCENCIA	14
204 – DOLOR ABDOMINOPÉLVICO DE ORIGEN GINECOLÓGICO	18
205 – ENTREVISTA Y EXPLORACIÓN GINECOLÓGICA EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA	24
206 – HEMORRAGIAS GENITALES	29
207 – INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)	35
208 – PATOLOGÍA MAMARIA	43

Capítulo **ACTUALIZADO (15/01/2024)** perteneciente al MANUAL CLÍNICO DE URGENCIAS DE GINECOLOGÍA del Hospital Universitario Virgen del Rocío.

ISBN: 978-84-09-43801-3

Copyright © 2022 Hospital Universitario Virgen del Rocío

Reservado todos los derechos. Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación pública de esta obra, sólo puede ser realizada con autorización de su o sus autores.

201 – ABUSO SEXUAL INFANTIL (ASI)

*Anchóriz Esquitino, Macarena
Merchán Felipe, Inés
Calderón Cabrera, Ana María*

DEFINICIÓN

La violencia sexual a personas menores de edad (VSPME) o abuso sexual infantil (ASI), incluye las acciones de contenido sexual realizadas en la persona de un menor de edad con asimetría de poder (edad, madurez, jerarquía...) bajo coacción, agresión o engaño (seducción) y con la condición de ocultarlo.

La violencia sexual no implica de forma obligada violencia física.

CLÍNICA

INDICADORES DE SOSPECHA

1. El menor o el acompañante adulto manifiesta que es objeto de conductas compatibles con ASI.
2. Conductas hipersexualizadas/ autoeróticas (raras a su edad)
3. Conocimientos sexuales inusuales para su edad.
4. Dolor anal o genital.
5. Heridas o marcas en genitales. Alteraciones del himen (fisuras, laceraciones, desgarros, etc.).
6. Heridas o marcas en región anal o perianal (fisuras, dilatación, erosiones, rotura del esfínter anal).
7. Equimosis, hematomas, impresiones digitales en otras zonas (muslos, crestas iliacas, antebrazos, etc.).
8. Sangrado vaginal o anal.
9. Cuerpos extraños en vagina o ano.
10. Presencia de semen u otro material biológico.
11. Infecciones de transmisión sexual (ITS).
12. Embarazo.

ANTE ELLOS...

- El abuso sexual debe ser incluido en el diagnóstico diferencial.
- No siempre son específicos de abuso sexual.
- La presencia de uno, por sí solo, en pocas ocasiones permite establecer o descartar el diagnóstico de abuso sexual; se requiere completar el estudio médico, social y psicológico en todos los casos.

DATOS QUE APOYAN LA SOSPECHA CLÍNICA

- El menor o sus cuidadores no ofrecen una explicación convincente del mecanismo de producción o contagio.
- La localización o la naturaleza de las lesiones no es compatible con accidente, existencia de enfermedades o mecanismo de producción referidos.
- Las características de las lesiones, enfermedades o conductas del niño se relacionan específicamente con prácticas de abuso sexual.



DIAGNÓSTICO

EXPLORACIÓN FÍSICA

- No forzar al niño a la exploración.
- Repetir la exploración el menor número de veces posible. Debe realizarla el profesional más formado en ASI.
- Exploración completa por aparatos y de las tres áreas: genital, anal y bucal.
- Describir y enumerar el tamaño, localización y número de las lesiones en piel y mucosas.
- Sólo será necesario revisar los genitales internos con espéculo u otros dispositivos cuando se sospeche la introducción de un cuerpo extraño, o cuando el paciente presente hemorragias genitales.
- El tacto rectal no es necesario en la valoración de la VSPME.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Laboratorio de urgencias: hemograma, estudio de coagulación, bioquímica básica y análisis elemental de orina. Test de gestación en niñas con menarquia.

Tóxicos en sangre y orina

Serología en sangre: treponema pallidum, marcadores hepatitis B y C, VIH, herpes simple tipo 1 y 2.

Microbiología:

- Bacteriología (tubo con medio de cultivo, tapón azul) para cultivo de secreción vaginal y de úlceras y lesiones exudativas si las hubiera.
- PCR para Neisseria gonorrhoeae, clamidias, mycoplasma urealyticum, herpes simple 1 y 2 (medio de virus, tapón rojo).
- PCR para VPH (tubo con medio específico, tapón blanco)

En las solicitudes especificar en observaciones "sospecha de ASI" Hospital Infantil.

Consultar con médico forense la cadena de custodia.

¿CUÁNDO REALIZAR DETECCIÓN DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)?

Independientemente del tiempo transcurrido desde la agresión:

- Si ha existido contacto sexual genital-anal no únicamente digital (con certeza)
- Si el agresor tiene una enfermedad de transmisión sexual (ETS) conocida o múltiples parejas
- Si se trate de una comunidad con elevada prevalencia de ETS
- Si existen signos clínicos de ETS, penetración traumática o historia familiar de ETS
- Si lo solicita el paciente o sus familiares.

La toma de muestras médicas para el despistaje de ITS, se realizará tras hacer constar en la historia clínica el consentimiento informado verbal del progenitor acompañante.



TRATAMIENTO

Quimioprofilaxis de ITS

Se realizará cuando existan indicadores de sospecha de abuso sexual y contacto con fluidos del agresor, cuando tengamos sospecha o confirmación de que el agresor tenga una ITS o la existencia de síntomas y signos de infección en el niño.

- Ceftriaxona 125 ó 250 mg IM en dosis única según peso (< ó > 45 kg)
- Azitromicina 20 mgr / Kg VO (máximo 1 g) en dosis única
- Metronidazol 2 g VO dosis única

Profilaxis hepatitis B

Si está vacunado correctamente	No hacer nada
Si está incorrectamente vacunado	Reiniciar o proseguir la vacunación según la pauta indicada
Si no está vacunado	<ul style="list-style-type: none"> - Inmunoglobulina específica antihepatitis B (HBIG) 0,06 ml/kg (máximo 5 ml) antes de transcurridas 24 horas de la agresión. - Primera dosis de la vacuna por vía IM 0,5 ml (10 mg) si es menor de 10 años de edad y 1 ml (20 mg) si es mayor de 10 años. <p>Se completará la vacunación según calendario vacunal vigente.</p>

Quimioprofilaxis VIH

Valoración de riesgo según:

- Práctica sexual
- Estado serológico de la pareja
- Susceptibilidad del huésped

Niños < 12 años:

zidovudina (4 mg/kg/12h) + emtricitabina (6 mg/kg/24h) + lopinavir/ritonavir (230-300 mg/m² cada 12 horas). Existen preparados en solución de los fármacos.

Niños ≥ 12 años:

tenofovir 245 mg + emtricitabina 200 mg en un sólo comprimido/24 horas + raltegravir 400 mg/12 horas. Iniciar en las primeras 72 horas tras contacto y mantener 28 días.

Derivación a **consulta de Infecciosos Pediátrico** para cribado de otras ITS y seguimiento.

Anticoncepción de emergencia

Se recomienda en niñas puberales si se ha producido coito o contacto genital con semen.

- Levonorgestrel 1,5 mg VO en dosis única. (POSTINOR®, NORLEVO®). Autorizado en ficha técnica para mayores de 16 años. En menores de 16 años debe contar con autorización de sus padres o tutor legal. Debe administrarse en las primeras 72 horas.

En caso de **lesiones graves que precisen tratamiento específico** se solicitará intervención de los **especialistas necesarios** (ginecología, cirugía, traumatología...).



OBSERVACIONES

- La elaboración de parte judicial es obligatoria ante la existencia de indicadores de sospecha de abuso sexual.
- No es preciso el consentimiento de los padres para la toma de muestras si la exploración se realiza en presencia del forense aunque se debe informar verbalmente de todo el procedimiento a los padres o tutores.
- Anotar el nombre de todos los profesionales que intervienen (médicos, enfermería) y el del médico forense de guardia (MFG) que acude.
- Se anotarán en las hojas de consulta los datos identificativos (nombre, apellidos, dirección, teléfono) de ambos progenitores, o en su defecto de la persona acompañante.
- Una vez completado el informe clínico, si la exploración se ha realizado en ausencia del MFG, se remitirá de forma urgente mediante fax al juzgado de guardia (JG), como documento adjunto al parte judicial enviado con anterioridad.

CRITERIOS DE INGRESO

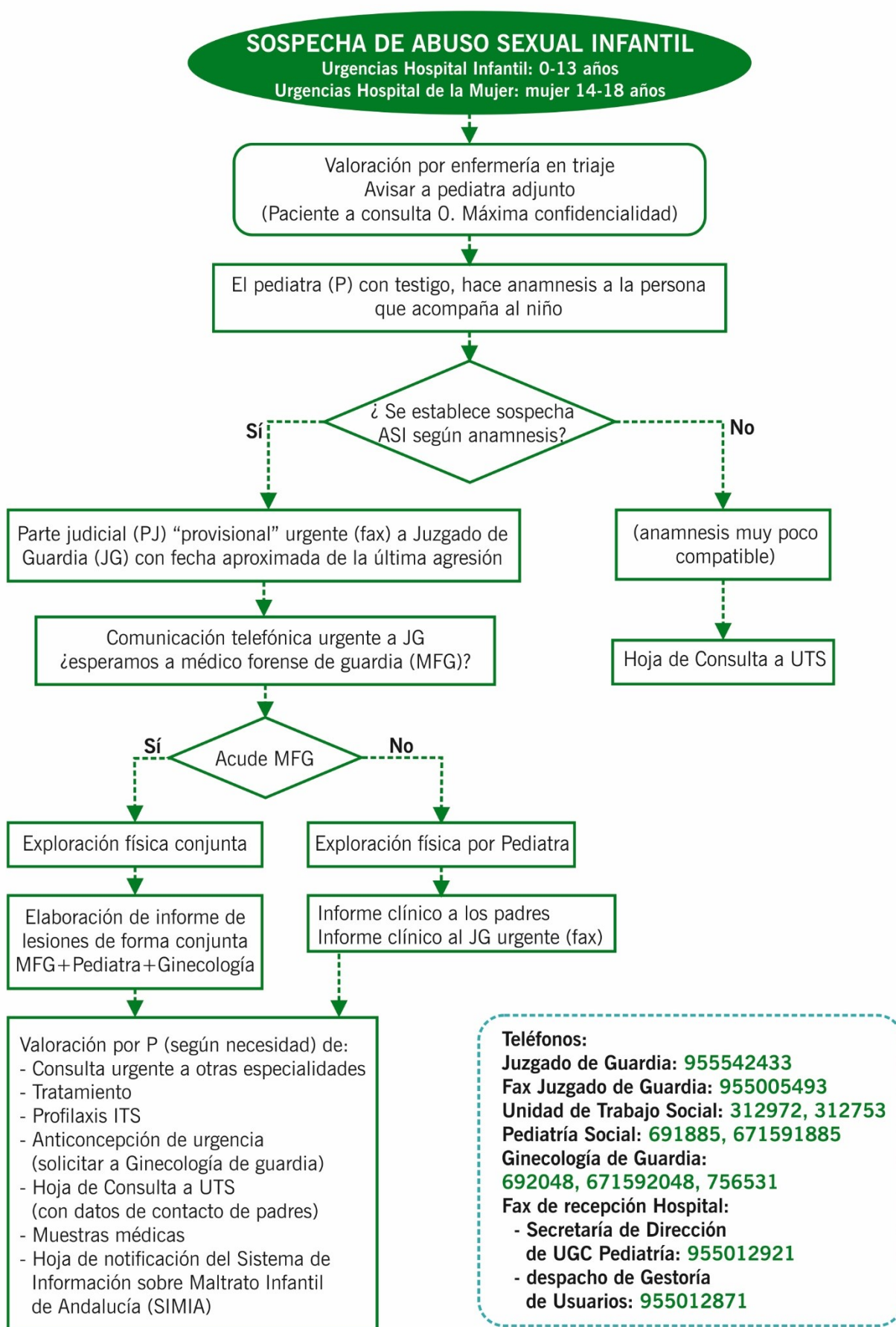
- Aquellos pacientes con lesiones importantes.
- Cuando exista peligro para su vida.
- Cuando existan indicadores de falta de protección al menos por parte de uno de los progenitores.

Esto se realizará con el consentimiento verbal de los padres y haciéndolo constar en la historia clínica. Si no lo otorgasen se pondrá en conocimiento de Fiscalía de Protección de Menores o en su defecto del Juzgado de Guardia.

SEGUIMIENTO

- Citar en Consulta de Infecciosas pediátrica (desde el Servicio de Urgencias) si se han extraído serologías y/o se ha administrado profilaxis el primer día laborable.
- La Unidad de Trabajo Social (UTS) solicitará si procede el estudio psicológico en ADIMA (Asociación Andaluza para la Defensa de la Infancia y la prevención del Maltrato).

ALGORITMO





BIBLIOGRAFÍA

1. Gil J, Sánchez AR, Cosano I, Espinosa JM, Torró C, Llamas MV, et al. Protocolo de intervención sanitaria en casos de maltrato infantil.
2. Adams JA, Farst KJ, Kellogg ND. Interpretation of Medical Findings in Suspected Child Sexual Abuse: An Update for 2018. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2018;31(3):225-31.
3. Pereda N, Abad J. Enfoque multidisciplinar de la exploración del abuso sexual infantil. *Rev Esp Med Legal* 2013;39(1):19-25
4. Christian CW, Committee on Child Abuse and Neglect, American Academy of Pediatrics. Committee on child abuse and neglect. The evaluation of suspected child physical abuse. *Pediatrics* 2015;135(5):e1337-54.
5. Guía de indicadores para la detección de casos de violencia sexual y pautas de actuación dirigidas a los Centros de Protección de Menores. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Dirección General de Personas Mayores, Infancia y Familias. 2014.
6. Grupo de Trabajo del Observatorio de la Infancia sobre "Buenas Prácticas para la Prevención del Abuso sexual Infantil". Guía de buenas prácticas para la prevención y protección del abuso y la explotación sexual infantil. 2017.
7. Save the Children. Abuso sexual infantil: Manual de formación para profesionales. Guidelines on Paediatric Forensic Examinations in Relation to Possible Child Sexual Abuse. Faculty of Forensic and Legal Medicine, 2012.
8. Adams JA. Medical Evaluation of Suspected Child Sexual Abuse. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2004;17:191-7.
9. Jenny C, Crawford-Jakubiak JE, Committee on Child Abuse and Neglect, American Academy of Pediatrics. The evaluation of children in the primary care setting when sexual abuse is suspected. *Pediatrics* 2013;132(2):e558-67.

202 – ALTERACIONES VULVOVAGINALES

Escorial Albéndiz, Rosa
Melero Cortés, Lidia
García Arreza, Aida

DEFINICIÓN

Hacemos referencia a todos aquellos cuadros que afectan los genitales externos femeninos. Las alteraciones vulvovaginales y concretamente las vulvovaginitis, son la causa más frecuente de consulta ginecológica.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA PATOLOGÍA VULVOVAGINAL

	CLÍNICA	DIAGNÓSTICO
1. VULVOVAGINITIS	Enrojecimiento genital, prurito, disuria y/o dispareunia, que puede ir acompañado o no de aumento del flujo vaginal y/o de sangrados genitales anómalos.	Anamnesis + inspección
1.1. Vulvovaginitis no infecciosas	<u>Etiología:</u> ITU recurrente, atopia... uso de irritantes como jabones o determinados materiales de lencería, relaciones sexuales, alergia, radioterapia, diabetes o infecciones de orina y se encuentran favorecidas por el hipoestrogenismo ESCOZOR, DOLOR PERINEAL Y DISURIA POR CONTACTO. Infrecuente la secreción vaginal.	Importante: historia de atopia, comorbilidades o tratamientos usados en la higiene habitual.
1.2. Vulvovaginitis por oxiuros	<u>Etiología:</u> <i>Enterobius vermicularis</i> Infección anal concomitante, oxiuros que ascienden del ano a la vagina, presentando cuadros de PRURITO VULVAR POR LA NOCHE.	<u>Exploración:</u> infestación por parásitos, lesiones por rascado.
1.3. Vulvovaginitis por cuerpo extraño	<u>Etiología:</u> Cuerpo extraño dentro de genitales. PRURITO, infrecuente leucorrea.	<u>Exploración:</u> Lesiones por rascado, escoriaciones...
1.4. Vulvovaginitis por candida	<u>Etiología:</u> <i>Cándida albicans</i> , <i>glabrata</i> ... Factores predisponentes: Gestación, toma de ACHO, inmunodepresión, hiperglucemia, antibioterapia de amplio espectro. PRURITO INTENSO, AUMENTO FLUJO VAGINAL, DISURIA, ARDOR Más frecuente premenstrual pH vaginal <4	<u>Exploración:</u> Leucorrea blanca, grumosa, caseosa, adherente. Mucosa eritematosa. Puede haber fisuras y escoriaciones.



<p>1.5. Vaginosis bacteriana</p>	<p><u>Etiología:</u> <i>Sobrecrecimiento de flora anaerobia (gardnerella, bacteroides...)</i> Factores predisponentes: Disminución de lactobacillus, Relaciones sexuales. Prurito ausente, AUMENTO FLUJO VAGINAL, GENERALMENTE DE OLOR FUERTE A "AMINAS". Se exagera tras coito o postmenstrual pH vaginal >4.5</p>	<p><u>Exploración:</u> Leucorrea blanco-grisáceo, fluida, MALOLIENTE. Mucosa no eritematosa.</p>
<p>1.6. Vaginosis por trichomonas</p>	<p><u>Etiología:</u> <i>Trichomonas vaginalis</i> Factores predisponentes: ITS. Prurito leve, AUMENTO FLUJO VAGINAL, DISURIA, ARDOR</p>	<p><u>Exploración:</u> Leucorrea amarillo verdosa, espumosa y en ocasiones sanguinolenta. Con o sin eritema vaginal o cervical (punteado hemorrágico a nivel del cérvix, "CÉRVIX EN FRESA")</p>
<p>2. QUISTE DE LA GLÁNDULA DE BARTHOLINO (Tumor de la vulva, ocasionado por el cierre del conducto excretor de la glándula de Bartholino)</p>	<p>Si pequeño tamaño pueden ser asintomáticos, puede ocasionar dolor y sensación de tumefacción vulvar si aumentan de tamaño.</p>	<p>Anamnesis + inspección</p>
<p>3. ABSCESO DE LA GLÁNDULA DE BARTHOLINO (Infección localizada a nivel de la glándula de Bartholino)</p>	<p>Dolor, tumefacción vulvar, inflamación y en ocasiones fiebre</p>	<p>Anamnesis + inspección.</p>
<p>4. ÚLCERA DE LIPSCHÜTZ O ÚLCERA GENITAL AGUDA</p>	<p>Niñas y adolescentes con úlcera genital de aparición súbita (lesión necrótica, profunda y muy dolorosa) junto con síndrome febril (fiebre elevada, odinofagia, astenia, mialgias, linfadenopatías y cefalea).</p>	<p>Anamnesis + inspección.</p>



TRATAMIENTO DE LA PATOLOGÍA VULVOVAGINAL

VULVOVAGINITIS

Medidas generales	Evitar los agentes irritantes como la ropa ajustada, los tejidos sintéticos, la humedad mantenida..., lavados de asiento con manzanilla amarga 2 veces al día, realizar una adecuada higiene genital con un gel con pH ácido para lavado específico de la zona y edad y uso de hidratantes vulvares/vaginales.
Vulvovaginitis no infecciosas	Evitar causa que lo origina +/- Uso de corticoides tópicos: <i>Hidrocortisona 1%</i> ; <i>Aceponato de metilprednisolona 0,1%</i> ...
Vulvovaginitis por cuerpo extraño	Retirada de cuerpo extraño. Pueden ser recomendables lavados vaginales.
Vulvovaginitis por oxiuros	Medidas higiénicas específicas: Lavado de sábanas, ropa íntima, toallas de todo el núcleo familiar a 60°C. DESDE EL NACIMIENTO: <i>Pamoato de pirantel 11 mg/kg/día (dosis máxima 1 g), dosis única.</i> A PARTIR DE LOS 6 MESES DE EDAD: <i>Mebendazol 100 mg vía oral, dosis única.</i> **Debe tratarse a TODO EL NÚCLEO FAMILIAR y deben repetirse el tratamiento y las medidas higiénicas de toda la familia a los 15 días.
Vulvovaginitis candidiásica	ANTES DE LA MENARQUIA: <i>Clotrimazol 2% crema vaginal 5g/24 horas, 7 días.</i> DESPUÉS DE LA MENARQUIA: <i>Clotrimazol óvulo intravaginal 500 mg/24 h dosis única.</i> <i>Clotrimazol óvulo intravaginal 100 mg/12-24 horas, 3-7 días.</i> <i>Fenticonazol óvulo intravaginal 200 mg/24 horas, 3 días.</i> <i>Fenticonazol óvulo intravaginal 600 mg/24 horas, dosis única.</i> <i>Cloruro de decualinio óvulo intravaginal 10 mg/24 horas, 6 días.</i> SI RECIDIVANTE: <i>Fluconazol comprimido vía oral 150 mg/ 24 horas, 3 días.</i>
Vaginosis bacteriana (Poco frecuente en niñas, más en adolescentes)	<i>Cloruro de decualinio óvulo intravaginal 10 mg/24 horas, 6 días.</i> <i>Metronidazol vía oral 500 mg/12 horas, 7 días*.</i> <i>Clindamicina 2% crema vaginal/24 horas, 7 días.</i> <i>Clindamicina comprimido vía oral 300 mg/12 horas, 7 días.</i> <i>Clindamicina óvulo intravaginal 100 mg/24 horas, 3 días.</i>
Vaginosis por trichomonas (Poco frecuente en niñas, más en adolescentes)	REALIZAR EL MISMO TRATAMIENTO SI PAREJA SEXUAL <i>Metronidazol vía oral 2 g, dosis única (mala tolerancia oral pero mejor adherencia)*.</i> <i>Metronidazol vía oral 500 mg/12 horas, 7 días*.</i>
QUISTE DE LA GLANDULA DE BARTOLINO	Drenaje si síntomas.
ABSCESO DE LA GLÁNDULA DE BARTHOLINO	Antibioterapia vía oral: - <i>Cefadroxilo 1 g/12 horas, 7-10 días.</i> - <i>Amoxicilina/Clavulánico 1 g/8 horas, 7-10 días.</i> Si fluctuación: Marsupialización/Drenaje percutáneo con colocación de cánula de Word 6 semanas.
ÚLCERA DE LIPSCHÜTZ O ÚLCERA GENITAL AGUDA	No precisa. Resolución espontánea en 1-2 semanas.

*Ojo, efecto antabús si se toma con alcohol.



OTRAS LESIONES

QUISTE DE LA GLANDULA DE BARTHOLINO	Drenaje si síntomas.
ABSCESO DE LA GLÁNDULA DE BARTHOLINO	<p>Antibioterapia vía oral:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Cefadroxilo 1 g/12 horas, 7-10 días.</i> - <i>Amoxicilina/Clavulánico 1 g/8 horas, 7-10 días.</i> <p>Si fluctuación: Marsupialización/Drenaje percutáneo con colocación de cánula de Word 6 semanas.</p>
ÚLCERA DE LIPSCHÜTZ O ÚLCERA GENITAL AGUDA	<p>No precisa.</p> <p>Resolución espontánea en 1-2 semanas.</p>

CRITERIOS DE DERIVACIÓN A CONSULTA

Vulvovaginitis resistentes a líneas de tratamientos habituales.

Bartolinitis tratadas de forma ambulatoria con colocación de cánula de Ward para retirada a las 6 semanas.

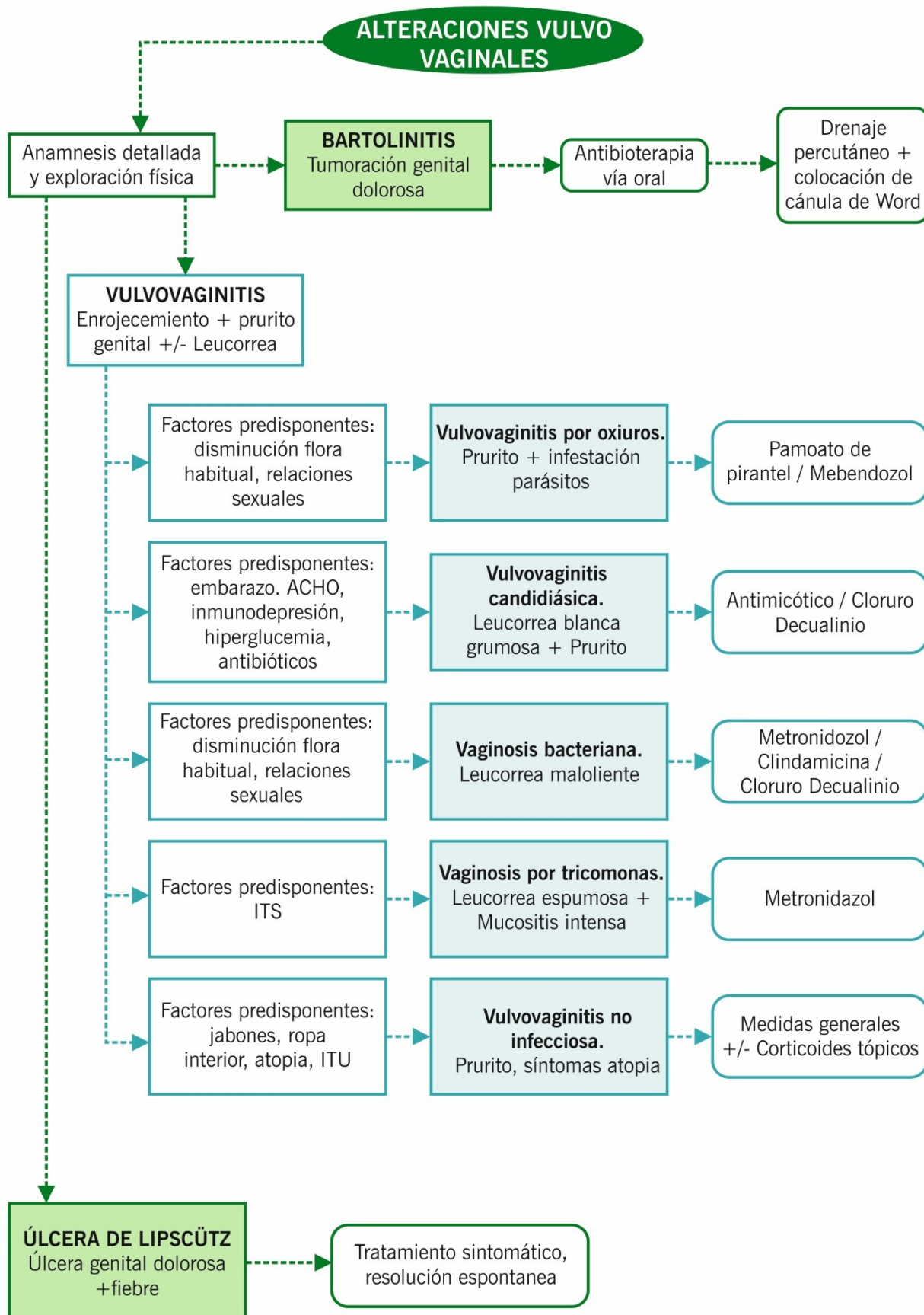
CRITERIOS DE INGRESO HOSPITALARIO

Bartolinitis (régimen de CMA) para drenaje quirúrgico (mala tolerancia al dolor, episodios recurrentes...).

OTRAS ALTERACIONES VULVO-VAGINALES

Quistes de origen uretral y parauretral; Quistes sebáceos; Quistes epidérmicos o de inclusión; Quistes congénitos: *serosos o del conducto de Nuck, mucosos o de Gartner o dermoides*; Papiloma fibroepitelial; Hidradenoma papilífero; Nevus pigmentarios vulvares; Vestibulitis vulvar...

ALGORITMO ALTERACIONES VULVO-VAGINALES





BIBLIOGRAFÍA

1. SOGC Clinical Practice Guideline. Vulvovaginitis: screening for and management of trichomoniasis, vulvovaginal candidiasis, and bacterial vaginosis. J Obstet Gynaecol Can. 2015; 37(3): 266-274.
2. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Diagnóstico y tratamiento de las infecciones vulvovaginales [actualizado en 2016]. Prog Obstet Ginecol. 2016; 59(5): 350-362.
3. Ruiz V, Correa LA, Hernández N, Velásquez MN. Dermatitis de la vulva. Rev Asoc Colomb Dermatol. 2014; 22 (4): 317-330.
4. García Reymunod M, Montero Salas A, González Álvarez CM, Real Terrón R. Úlcera de Lipschütz: causa poco conocida de úlcera genital aguda. An. Pediatr. 2010; 72 (6): 443-444.
5. Guías para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades infecciosas. Hospital Universitario Virgen del Rocío
6. Guía de Terapéutica Antimicrobiana del Área Aljarafe. 3º Edición.

203 – ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA, EMBARAZO Y ABORTO EN LA ADOLESCENCIA

*Arias Fernández, José Luis
Chimenea Toscano, Ángel
Fernández Perea, Yolanda*

Las relaciones sexuales en la adolescencia se caracterizan por ser irregulares, espaciadas y monógamas, aunque la duración de la pareja suele ser breve (monogamia “en serie”).

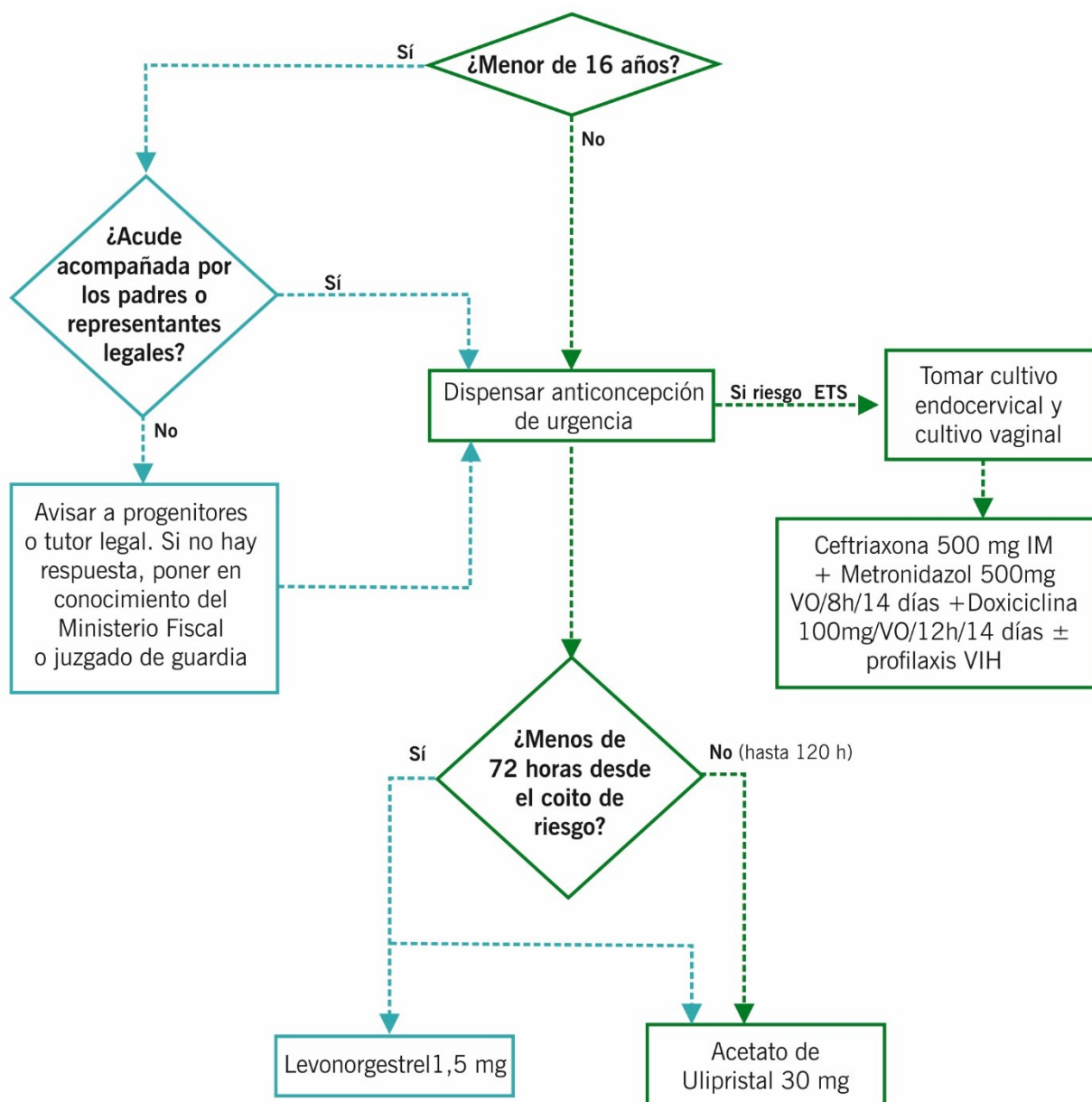
Esta situación ligada a la menor percepción de riesgo y a la presión de grupo hace que este grupo etario posea un perfil de riesgo para el desarrollo de enfermedades de transmisión sexual (E.T.S.) y la aparición de embarazos no planificados.

También conlleva una mayor solicitud de anticoncepción de emergencia, ya que hasta el 25% de los jóvenes no emplea un método anticonceptivo regular.

La **edad de consentimiento** sexual se define como la edad por debajo de la cual está prohibido realizar actos de carácter sexual con un menor. Esta edad fue establecida en 1995 en nuestro país en 13 años, valorando hasta los 16 años la madurez del menor para la toma de decisiones.

No obstante, desde el 31 de marzo de 2015, se emite la Ley Orgánica 1/2015, de 30 de marzo que establece definitivamente dicha edad en **16 años**.

ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA EN LA ADOLESCENCIA





EMBARAZO Y ABORTO EN LA ADOLESCENCIA

Elementos a considerar en la anamnesis y exploración:

- Respetar costumbres locales relacionadas con las normas de género.
- Garantizar la privacidad.
- Iniciar la anamnesis por las cuestiones menos delicadas o intimidatorias.
- Si acude acompañada, llegar a un acuerdo sobre si desea que su acompañante esté durante toda la anamnesis o exploración.
- Informar previamente sobre las maniobras que se van a realizar.
- Obtener consentimiento verbal de la paciente.

GESTACIÓN EN ADOLESCENTE: ACTUACIÓN

< 16 años	>= 16 años
<p>Avisar a progenitores o representantes legales.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Desea gestación: seguimiento en Unidad de Alto Riesgo Obstétrico (salvo ecografía obstétrica de semana 12 y semana 20, que se realizarán en dispositivo de área). - No desea gestación: gestionar interrupción legal de la gestación en su médico de atención primaria (en caso de gestaciones < 14 semanas). Tras el proceso, citar en consultas de planificación familiar. 	<p>Seguimiento habitual de la gestación en consultas de toxicología de zona.</p>

Manejo ante el aborto espontáneo:

- No existe contraindicación para tratamiento médico o legrado. No obstante, la actitud activa recomendable en este grupo de edad es el tratamiento médico, al considerarse un manejo más conservador teniendo en cuenta el largo futuro reproductivo de la paciente.
- La dosis de tratamiento y el circuito no difieren al establecido para otras edades.

GESTACIÓN EN ADOLESCENTE: EFECTOS

- Mayor requerimiento de energía y nutrientes (crecimiento materno y fetal)
- Aumento de grasa corporal en III trimestre
- Sobrepeso residual en postparto
- Mayor riesgo de anemia
- Incremento del riesgo de fetos con bajo peso para la edad gestacional (BPEG), crecimiento intrauterino restringido (CIR), prematuridad y preeclampsia.
- Mayor incidencia de cesáreas y partos instrumentados
- Mayor riesgo de depresión postparto
- Riesgo socioeconómico familiar aumentado
- Aumento de niños con problemas de salud y cognitivos
- Soldadura precoz de cartílagos y desmineralización ósea en casos de lactancia materna.



BIBLIOGRAFÍA

1. Quintana Pantaleón R. Anticoncepción en la adolescencia. En: Castellano G et al. Medicina de la adolescencia. Madrid: Ergon; 2004. p. 124-32
2. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (S.E.G.O.). Guía de Asistencia a la Práctica Clínica: Contracepción en la adolescencia. 2013
3. «BOE» núm. 77, de 31 de marzo de 2015, páginas 27061 a 27176. Ley Orgánica 1/2015, de 30 de marzo, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. Artículo 183.
4. Chacko MR. Pregnancy in adolescents. <https://www.uptodate.com/contents/search>. Accessed Dec. 20, 2020.
5. Guías de actuación clínica en Ginecología y Obstetricia. SEGO. Actualización en 2013.
6. El embarazo en la adolescente. Adolescere 2015; III (2)
7. Committee to Reexamine IOM Pregnancy Weight Guidelines, Food and Nutrition Board, and Board on Children, Youth and Families. Weight gain during pregnancy: Reexamining the guidelines. Institute of Medicine and National Research Council. <http://www.nap.edu>. Accessed Oct. 17, 2017.
8. Organización Mundial de la Salud (OMS). Tratamiento médico del aborto. Ginebra: 2018. ISBN 978-92-4-355040-4

204 – DOLOR ABDOMINOPÉLVICO DE ORIGEN GINECOLÓGICO

Calderón Cabrera, Ana María
Chimenea Toscano, Ángel
Martínez Maestre, María Ángeles

DEFINICIÓN

El dolor abdomino-pélvico ginecológico agudo corresponde a aquel ocasionado por una isquemia o lesión en cualquier órgano ginecológico. Este cuadro puede ocasionar un reflejo del sistema nervioso autónomo, apareciendo náuseas, vómitos, sudoración e inquietud. El dolor puede ser puramente visceral (mal definido), parietal (por afección del peritoneo parietal, más localizado) o referido (en el área cutánea inervada por el mismo segmento medular).

DIAGNÓSTICO

ANAMNESIS	EXPLORACIÓN	PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
Patología más probable por edad	Toma de constantes: TA, FC, SatO ₂ , temperatura.	Test de gestación / BhCG (adolescentes)
Antecedentes familiares y personales	Exploración general (abdominal, mamaria, ...)	Hemograma, estudio de coagulación y bioquímica (perfil hepato-renal, PCR, procalcitonina)
Antecedentes gineco-obstétricos	Exploración abdominal: <i>Inspección:</i> superficie cutánea, volumen abdominal, peristaltismo... <i>Palpación y percusión:</i> timpanismo, matidez, puntos dolorosos... <i>Auscultación:</i> borborigmos, silencio...	Elemental de orina: valorar leucocituria, hematuria, cetonuria, glucosuria, etc.
Caracterización del dolor	Exploración ginecológica: <i>Vaginoscopia (bajo anestesia):</i> con vaginoscopio, espéculo vaginal u histeroscopia. Valorar morfología de vagina, cérvix y características del flujo. <i>Himen no íntegro:</i> tacto bimanual y movilización cervical	Ecografía ginecológica (<i>transvaginal / transrectal / abdominal</i>): valorar tamaño y forma uterina, endometrio y anejos. Otras pruebas de imagen: ecografía abdominal, TAC, RM
Sintomatología concomitante	Tacto rectal: en caso de sospecha de origen digestivo	Laparoscopia: casos seleccionados

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

CLÍNICA

DIAGNÓSTICO

Dismenorrea y dolor perioovulatorio

Dismenorrea:

Primaria (sin anomalía pélvica responsable): dolor espasmódico en hipogastrio, que puede irradiarse a región lumbar +/- náuseas, vómitos, diarrea, mareo y cefalea. Desde unas horas antes de la menstruación, suele prolongarse 24-48 horas.

Secundaria (endometriosis, etc.): dolor más continuo, persistente y sordo y va en aumento durante el periodo menstrual.

Dolor perioovulatorio: intermenstrual unilateral durante el día previo y posterior a la ovulación.

No suele encontrarse alteración ecográfica ni en las pruebas de laboratorio en ausencia de patología asociada.

Ecografía ginecológica:

Dismenorrea: endometrio secretor o menstrual

Dolor perioovulatorio: endometrio triple línea junto con posible folículo perioovulatorio y mínima cantidad de líquido libre en Douglas.

Himen imperforado

Dolor abdominal cíclico en paciente con amenorrea primaria (tras la menarquia) +/- masa abdominal palpable. Puede acompañarse de estreñimiento, disuria, retención aguda de orina. Discrepancia entre avanzado estado de desarrollo puberal y ausencia de menarquia.

Exploración ginecológica: no se evidencia orificio himeneal, membrana himeneal abombada, protruyente, de aspecto violáceo.

Ecografía ginecológica: hematocolpos, hematómetra e incluso hematosálpinx; globo vesical si retención aguda de orina por compresión de uretra.

Torsión anexial

Dolor abdominal en cuadrantes inferiores de inicio súbito +/- masa abdominal palpable +/- peritonismo. Puede acompañarse de náuseas, vómitos y fiebre. Puede cursar como pseudotorsión con dolor intermitente durante días/semanas.

Factores de riesgo: masa ovárica (90%, sobre todo en quistes móviles > 5 cm), edad fértil, antecedente de quiste ovárico, síndrome de ovario poliquístico, torsión ovárica previa, etc.

Analítica: puede objetivarse leucocitosis.

Ecografía ginecológica + Doppler color: ovario aumentado de tamaño, folículos en "collar de perlas", congestión del estroma ovárico, "signo del torbellino" por rotación del pedículo vascular, ausencia de flujo vascular (su presencia no descarta el diagnóstico).

Diagnóstico definitivo: quirúrgico

Rotura de quiste anexial o folículo hemorrágico

Dolor abdominal moderado y súbito en adolescente tras esfuerzo físico intenso (o relaciones sexuales si las mantiene). Puede acompañarse de sangrado por descamación endometrial.

Factores de riesgo: esfuerzo físico intenso o relación sexual previa, quiste anexial.

Analítica: anemia (no siempre). Test de gestación/BhCG (descartar gestación ectópica accidentada). Solicitar tipaje y pruebas cruzadas.

Ecografía ginecológica: quiste anexial y líquido libre abdomino-pélvico variable en función de la cuantía del sangrado.

TAC (abdomen-pelvis): en casos dudosos.

Enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) -absceso tubo-ovárico-

Infrecuente en este tramo de edad.

Origen: vía ascendente (más frecuente), vía hematógena, por contigüidad (secundaria a infección de órganos vecinos).

Diagnóstico clínico(todos los criterios mayores+ 1 o más menores):

C. Mayores: dolor abdomino-pélvico sordo, continuo, progresivo bilateral / dolor anexial / dolor a la movilización cervical / historia de actividad sexual en últimos meses

C. Menores: T^a > 38 °C / leucocitos > 10.500 / VSG elevada / PCR elevada / exudado endocervical anormal/ infección cervical documentada por *N. gonorrhoeae* y/o *C. trachomatis*.

Diagnóstico definitivo: engrosamiento tubárico con hidrosálpinx +/- líquido pélvico libre o absceso tubo-ovárico en prueba de imagen / laparoscopia que confirme el diagnóstico y aislamiento en muestra peritoneal de *N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis* o flora polimicrobiana / endometritis en biopsia endometrial

Exploración ginecológica: flujo maloliente, movilización cervical dolorosa (himen no íntegro).

Análítica: leucocitosis con desviación a la izquierda, aumento de VSG, PCR y procalcitonina.

Ecografía ginecológica: desde inespecífica hasta absceso tubo-ovárico.

TAC (abdomen-pelvis): en casos de mala evolución tras 48 h de tratamiento antimicrobiano apropiado.

Microbiológico:

Cultivo aspirado endometrial/laparoscopia

Cultivo endocervical

Hemocultivos(antes de antibioterapia)

Urocultivo

Serologías: si se sospecha ITS

Histológico: *biopsia endometrial (opcional).*

Tumores ginecológicos (benignos o malignos)

Dolor abdominal +/- masa abdominal palpable.

Ecografía ginecológica + Doppler color: criterios IOTA/IETA para diferenciar patología anexial y uterina benigna de maligna.

Marcadores tumorales (CA125, CA19.9, B^hCG, CEA, AFP, HE4, ROMA) si sospecha ecográfica de malignidad.

TRATAMIENTO DOMICILIARIO

EIP

- Ceftriaxona 250 mg IM (125 mg si <45 kg) (dosis única) + doxiciclina 100 mg/12 h VO (1-2mg/kg/12h si <45 kg) +/- metronidazol 500 mg/8 h VO durante 14 días (si sospecha de infección por trichomonas)
- Alergia a beta-lactámicos: Ciprofloxacino 500 mg/12 h VO + metronidazol 500 mg/8 h VO durante 14 días + azitromicina 1 gr dosis única.

Salvo la EIP, el resto de entidades no requiere de un tratamiento específico en domicilio. Únicamente es necesario el tratamiento con analgesia oral.



CRITERIOS DE DERIVACIÓN A CONSULTAS

PATOLOGÍA ANEXIAL

- *Torsión anexial intervenida*: Ginecología de zona (control postquirúrgico en 1 mes).
- *Rotura de quiste anexial o folículo hemorrágico intervenido*: Ginecología de zona (control postquirúrgico en 1 mes).
- *Sospecha de EIP*: Ginecología de zona para control tras antibioterapia en 2 semanas.

TUMOR DE ORIGEN GINECOLÓGICO

- *Sospecha de benignidad*: Ginecología de zona.
- *Sospecha de malignidad*: Ecografía de Alta Resolución de forma preferente (previa extracción en Urgencias de marcadores tumorales).

OTROS

- *Dismenorrea severa habitual* (posible asociación a endometriosis): Ginecología de zona.
- *Himen imperforado intervenido*: Ginecología de zona (control postquirúrgico en 1 mes).

CRITERIOS DE INGRESO

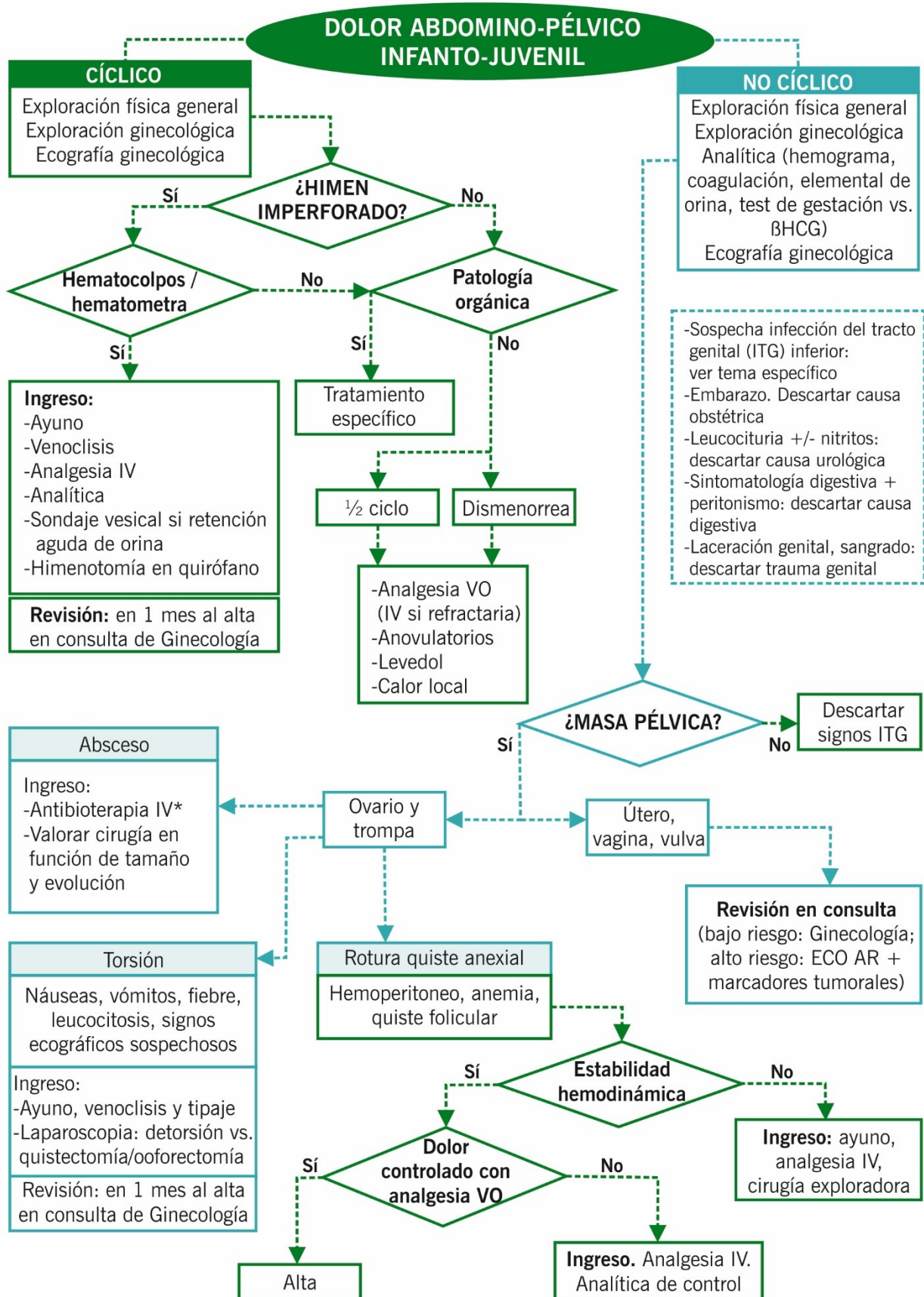
COMUNES

- Inestabilidad hemodinámica o dolor abdominal refractario a analgesia oral.

ESPECÍFICOS

- *Himen imperforado*: hematocolpos/hematómetra: tratamiento quirúrgico.
- Rotura de quiste anexial o folículo hemorrágico:
 - Fiebre
 - Repercusión hemodinámica (hemoperitoneo moderado-severo, anemia brusca o progresiva o paciente muy sintomática).
- *Torsión anexial*: tratamiento quirúrgico.
- *EIP*:
 - Falta de respuesta, tolerancia o adherencia al tratamiento oral
 - Enfermedad grave (fiebre $> 38^{\circ}$, náuseas, vómitos, dolor abdominal grave)
 - Absceso tubo-ovárico con/sin necesidad de cirugía

ALGORITMO



*1ª elección: Ceftriaxona 2 g/24h IV + Doxicilina 100mg/12h VO (1-2mg/kg/12h si <45 kg VO) +/- Metronidazol 500 mg/8h IV/VO (si sospecha de Trichomonas vaginalis) al menos 4 días y durante al menos 48h afebril."



BIBLIOGRAFÍA

1. Noguer-Balcells. Exploración clínica práctica. Barcelona: Elsevier España, Masson. 28 edición, 2016. ISBN 978-8-445-82641-6
2. Rodríguez-Jiménez MJ. Problemas ginecológicos más frecuentes en la infancia y adolescencia. Nuevos problemas. En AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2012. Madrid: Exlibris Ediciones; 2012. p. 193-202.
3. Brown K, Lee JA. Evaluation of acute pelvic pain in the adolescent female. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc. <http://www.uptodate.com> (accedido en enero de 2021).
4. Hammond R. Gynaecological causes of abdominal pain. Surgery - Oxford International Edition. 2008;26,467-70.
5. Herrero M, Cerrillos LA, Martínez MA, Gómez MJ, Merino L. Enfermedad pélvica inflamatoria. Guías del PRIOAM para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades infecciosas. Comisión de Infecciones y Política Antimicrobiana. Hospital Universitario Virgen del Rocío. 2018.

205 – ENTREVISTA Y EXPLORACIÓN GINECOLÓGICA EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

*Castillo Cantero, Isabel Adela
González Cejudo, Carmen
Rosso González, María Rosario*

INTRODUCCIÓN

En la infancia, la sintomatología ginecológica y mamaria urgente más común es el sangrado genital, dolor pélvico, infección vulvo-vaginal, traumatismo, mastitis y abuso sexual. Es importante establecer una adecuada relación con los padres y con la paciente de manera que la anamnesis, y sobre todo la exploración, se realice en un clima de confianza que elimine el miedo que pueda sentir la menor.

ANAMNESIS

Por lo general, la anamnesis puede obtenerse de la niña, pero principalmente procede de los padres. La naturaleza de la historia depende del motivo de consulta.

EXPLORACIÓN GINECOLOGICA

OBJETIVOS:

- Descartar o confirmar la normalidad del aparato genital.
- Diagnosticar la existencia de patología.
- Tomar muestra si precisa.

Es importante que el médico explique lo que va a realizar con el fin de obtener la cooperación de la paciente, dependiendo de su edad y de su nivel de comprensión.

FLUJOGRAMA 1: EXPLORACIÓN GINECOLÓGICA EN PEDIATRÍA

PREPARACIÓN

Favorecer un ambiente distendido y distraído.
Explicar procedimiento a la paciente.
Preparar el material necesario, mostrar a la niña.



POSICIONAMIENTO

Puede ayudar colocarla en el regazo de la madre.
Decúbito supino con piernas en posición de “rana”, genuflexión o genupectoral.



GENITALES EXTERNOS

- Normalidad de labios mayores y menores.
- Clítoris y meato uretral.
- Configuración del himen.
- Estado de las mucosas.
- Flujo.



GENITALES INTERNOS

Será necesaria en caso de sospecha de cuerpo extraño, sangrado genital de origen desconocido, o sospecha de ITS.



PALPACIÓN RECTAL

Para la búsqueda de cuerpos extraños intravaginales, determinar volumen uterino o valorar improntas de masas anexiales.



PRUEBAS COMPLEMENTARIAS (TABLA 2)

Se valorará la necesidad de las mismas en función del motivo de consulta y hallazgos de la exploración.



HALLAZGOS NORMALES EN LA EXPLORACIÓN GINECOLÓGICA POR ETAPAS

	Recién nacido	Prepuberal	Puberal
Clítoris	Engrosado	Longitud media 3 mm	Longitud media 5 mm
Himen	Grueso y redundante, puede protruir más allá del introito.	Conformación variable. De aspecto atrófico, fino, con vasos visibles.	Conformación variable. Estrogenizado, de color rosado.
Labios mayores	Abultados y rellenos	Planos	Más rellenos con respecto al tejido circundante.
Labios menores	Engrosados y pueden sobresalir de los mayores.	Delgados y pequeños	Conformación variable. Más elongados, pero pueden no terminar de desarrollarse hasta más adelante.
Vagina	Longitud de unos 3-6 cm. Mucosa eritematosa y turgente. Secreción blanquecina fisiológica.	Longitud de unos 4-7 cm. Paredes atróficas, enrojecidas y delgadas por la ausencia de estrógenos.	Longitud > 8 cm. Estrogenizada, de color rosáceo, húmeda y con pliegues.
Cérvix	Prominente.	No prominente en continuidad con la vagina.	Forma adulta, rosa mate. La eritroplasia periorificial es normal.
Útero	Longitud media 3,5 cm. Endometrio ecogénico.	Longitud media $\leq 3,5$ cm. Endometrio delgado o ausente.	Longitud media > 3,5 cm. Endometrio visible.
Ovarios	Intraabdominales. Ausencia de folículos visibles.	Intraabdominales La ausencia de folículos es normal.	Pélvicos Se visualiza folículos en la corteza.

Tabla 1: Hallazgos normales en la exploración ginecológica por etapas.



PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN URGENCIAS

Se valorará la necesidad de las mismas en función del motivo de consulta y resultados de la exploración.

Para la realización de algunas de estas pruebas puede precisarse de la colaboración de equipos multidisciplinares, requiriéndose a veces la sedación de la paciente.

	Indicación	Materiales
Vaginoscopia	<ul style="list-style-type: none"> - Sospecha de cuerpo extraño - Sangrados genitales - Sospecha de anomalías urogenitales 	<ul style="list-style-type: none"> - Bajo sedación o anestesia. - Otoscopio - Histeroscopio rígido o flexible (3-5 mm)
Ecografía abdominal / transrectal / perineal / transvaginal (si ha mantenido relaciones)	<ul style="list-style-type: none"> - Tumoraciones abdomino-pélvicas - Sangrados genitales - Sospecha de malformación genital - Dolor abdominal/pélvico 	<ul style="list-style-type: none"> - Ecógrafo con sonda abdominal y/o vaginal
Cultivo vaginal / PCR vaginal	<ul style="list-style-type: none"> - Vulvovaginitis - Sospecha de ITS 	<ul style="list-style-type: none"> - Hisopo pequeño / uretral
TC abdomino-pélvico	<ul style="list-style-type: none"> - Dolor abdominal/pélvico - Tumoraciones abdomino-pélvicas 	

Tabla 2: Pruebas complementarias en urgencias



BIBLIOGRAFÍA

1. Meredith B Loveless, Dayna Finkenzeller, Sherrine Ibrahim, Andrew J Satin. A simulation program for teaching obstetrics and gynecology residents the pediatric gynecology examination and procedures. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2011 Jun;24(3):127-36. PMID: 21296597 DOI: 10.1016/j.jpog.2010.12.003
2. Ginecología pediátrica. Documento de consenso de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO).
3. Simms-Cendan J. Examination of the pediatric adolescent patient. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2018 Apr; 48:3-13. doi:10.1016/j.bpobgyn.2017.08.005.
4. Howell JO, Flowers D. Prepubertal Vaginal Bleeding: Etiology, Diagnostic Approach, and Management. *Obstet Gynecol Surv.* 2016 Apr;71(4):231-42. doi: 10.1097/OGX.0000000000000290. PMID: 27065069
5. Cheikhelard A, Chaktoura Z, Thibaud E. Gynecologic clinical examination of the child and adolescent. *Endocr Dev.* 2012;22:1-10. doi: 10.1159/000326622. Epub 2012 Jul 25. PMID: 22846517.
6. Herter LD, Golendziner E, Flores JA, Becker E Jr, Spritzer PM. Ovarian and uterine sonography in healthy girls between 1 and 13 years old: correlation of findings with age and pubertal status. *AJR Am J Roentgenol.* 2002 Jun;178(6):1531-6. doi: 10.2214/ajr.178.6.1781531. PMID: 12034633.



206 – HEMORRAGIAS GENITALES

*Calderón Cabrera, Ana María
Zamorano Alanís, Beatriz
García García, Emilio*

DEFINICIÓN Y ETIOLOGÍA

Se define como sangrado genital aquel que proviene de la vulva y/o vagina en niñas prepúberes o púberes. Puede ser ocasionado por causas orgánicas o funcionales.

CAUSAS ORGÁNICAS:

- Infecciones vaginales o vulvares
- Cuerpos extraños:
- Traumatismos genitales, que pueden ser penetrantes y no penetrantes (también llamados ciegos, producidos por objetos o superficies romas, tales como la barra de la bici, los bordes de piscinas, bañeras, muebles, columpios, toboganes...). Entre los penetrantes lo importante es descartar un abuso sexual.
- Dermatitis, como el liquen escleroso
- Tumores benignos (papiloma, hemangioma...) o malignos (tumor del seno endodérmico, rabdomiosarcoma...)
- Verrugas virales, que pueden ser de transmisión sexual (condilomas) o no sexual (autocontagios de verrugas comunes al tocarse desde otras partes del cuerpo)

CAUSAS FUNCIONALES:

- Producción de hormonas o exposición a ellas: menarquia precoz, hemorragia de las primeras semanas de la recién nacida por el paso de estrógenos maternos
- Hemorragia uterina disfuncional en adolescentes tras la menarquia.
- Embarazo, a veces no conocido, por cualquiera de las complicaciones del mismo.

CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO

	CLÍNICA	HALLAZGOS EN LA EXPLORACIÓN	PRUEBAS COMPLEMENTARIAS. OBSERVACIONES
Vulvovaginitis	Flujo no fisiológico, prurito, sangrado	Inflamación, lesiones de rascado, diferentes tipo de flujos, laceraciones...	Ver tema específico.
Cuerpo extraño	Sangrado persistente y maloliente y/o emisión de material purulento o maloliente.	Si se encuentra en tercio inferior de vagina o vulva podremos visualizarlo con la exploración.	Valorar necesidad de vaginoscopia si no se visualiza completamente en la exploración.
Traumatismo genital	Sangrado tras historia de trauma previo.	Hematomas, laceraciones, heridas penetrantes... Descartar siempre traumatismo penetrante y abuso sexual (<i>ver tema específico</i>).	Valorar necesidad de vaginoscopia o exploración en quirófano bajo anestesia si no se visualiza completamente en la exploración.
Liquen escleroso	Prurito y sangrado	Área hipopigmentada perianal, periintroito.	El diagnóstico es clínico. No es necesaria biopsia (dificultad para la toma y baja probabilidad de malignidad).
Prolapso uretral	Sangrado, dolor, escozor y disuria. Más frecuente en niñas de raza negra.	Masa circular congestionada, que rodea el meato urinario.	
Tumores	No suelen dar.	Visualización.	Valorar biopsia.
Menarquia precoz en el contexto de pubertad precoz (<i>brote mamario o telarquia antes de los 8 años</i>)	Sangrado autolimitado de cuantía variable.	Cambios puberales previos: telarquia, aceleración del crecimiento.	<ul style="list-style-type: none"> - Pubertad precoz central: menarquia 1-2 años tras telarquia. - Pubertad precoz periférica: cambios abruptos, menarquia días, semanas o meses tras telarquia. Si la causa es transitoria la telarquia habrá desaparecido en el momento de la menarquia.
Menarquia precoz aislada idiopática	Sangrado escaso esporádico o cíclico en ausencia de signos puberales.	Ningún signo puberal y ningún hallazgo genital (diagnóstico de exclusión).	
Hemorragia uterina disfuncional	Sangrado irregular, abundante o prolongado.	Sin hallazgos en la exploración, salvo sangrado uterino.	<p>Realizar analítica (hemograma + estudio de coagulación) y test de gestación.</p> <p>Plantear valoración por especialista y/o realización de pruebas de imagen si clínica de dolor o mal estado general.</p>

TRATAMIENTO DOMICILIARIO

Hemorragia prepuberal	Menarquia precoz aislada idiopática	
	No precisa tratamiento domiciliario desde Urgencias. No se conoce su causa.	
	Menarquia precoz en el contexto de pubertad precoz	
Hemorragia uterina disfuncional (adolescente)	Tratamiento etiológico tras estudio de la pubertad precoz (PP):	
	<ul style="list-style-type: none"> PP central: descartar lesión del sistema nervioso central y valorar triptorelina. PP periférica: descartar lesión ovárica o suprarrenal, suspender exposición a sustancias estrogénicas (medicamentos, cosméticos, de herbolario, drogas). 	
	Otras causas	
	El resto de causas no suelen precisar tratamiento domiciliario <u>desde Urgencias</u> .	
	Tratamiento no hormonal	
	Antifibrinolíticos: ácido tranexámico	Precaución en paciente con antecedente de enfermedad tromboembólica o renal. Contraindicado en CID
	500-1500 mg / 8-12 horas vía oral durante 3-5 días	
	Antiinflamatorios no esteroideos (AINEs): naproxeno	Precaución en pacientes con patología gastrointestinal
	250-500 mg / 6-8 horas vía oral durante 3-5 días	
	Tratamiento combinado (ácido tranexámico + AINE)	
	Misma pauta	
	Tratamiento hormonal (anovulatorio)	
	ESTRÓGENOS Y GESTÁGENOS COMBINADOS	
	1. Tratamiento hemostático con estrógeno y gestágeno combinado (cohiben hemorragia aguda; al menos 30 mcg de etinilestradiol):	NO suelen precisar tratamiento ya que la mayoría son secundarias a una inmadurez del eje hipotálamo-hipófisis-ovario y habitualmente mejoran de forma espontánea. Se tratará según la repercusión hemodinámica que presente, y la evolución del cuadro.
	1 comp/8 horas, 3 días → 1 comp/12 horas, 3 días → 1 comp/día, 3 días	
	2. Estrógeno + gestágeno 1 comprimido diario durante 21 días (pauta 21/7) o durante 24 días (pauta 24/4)*	El tratamiento hemostático sólo si anemia severa.
	* Estrógeno: etinilestradiol al menos 20-30 mcg;	En < de 16 años: autorización de progenitor/representantes legales.
	* Gestágeno: dienogest controla bien el ciclo menstrual	Mantener tto. 3-6 meses y valorar la evolución de los ciclos tras la suspensión del mismo.
	GESTÁGENOS EN 2ª FASE DEL CICLO:	
	1. Progesterona micronizada 200 mg 1 comprimido / día vía oral o vaginal del día 16 al 25 del ciclo	Contraindicado si historia personal o riesgo de TVP/TEP.
	2. Acetato de medroxiprogesterona 5-10 mg / 24 horas vía oral, del día 16 al 25 del ciclo	



CRITERIOS DE DERIVACIÓN A CONSULTAS Y CRITERIOS DE INGRESO

CRITERIOS DE DERIVACIÓN A CONSULTAS

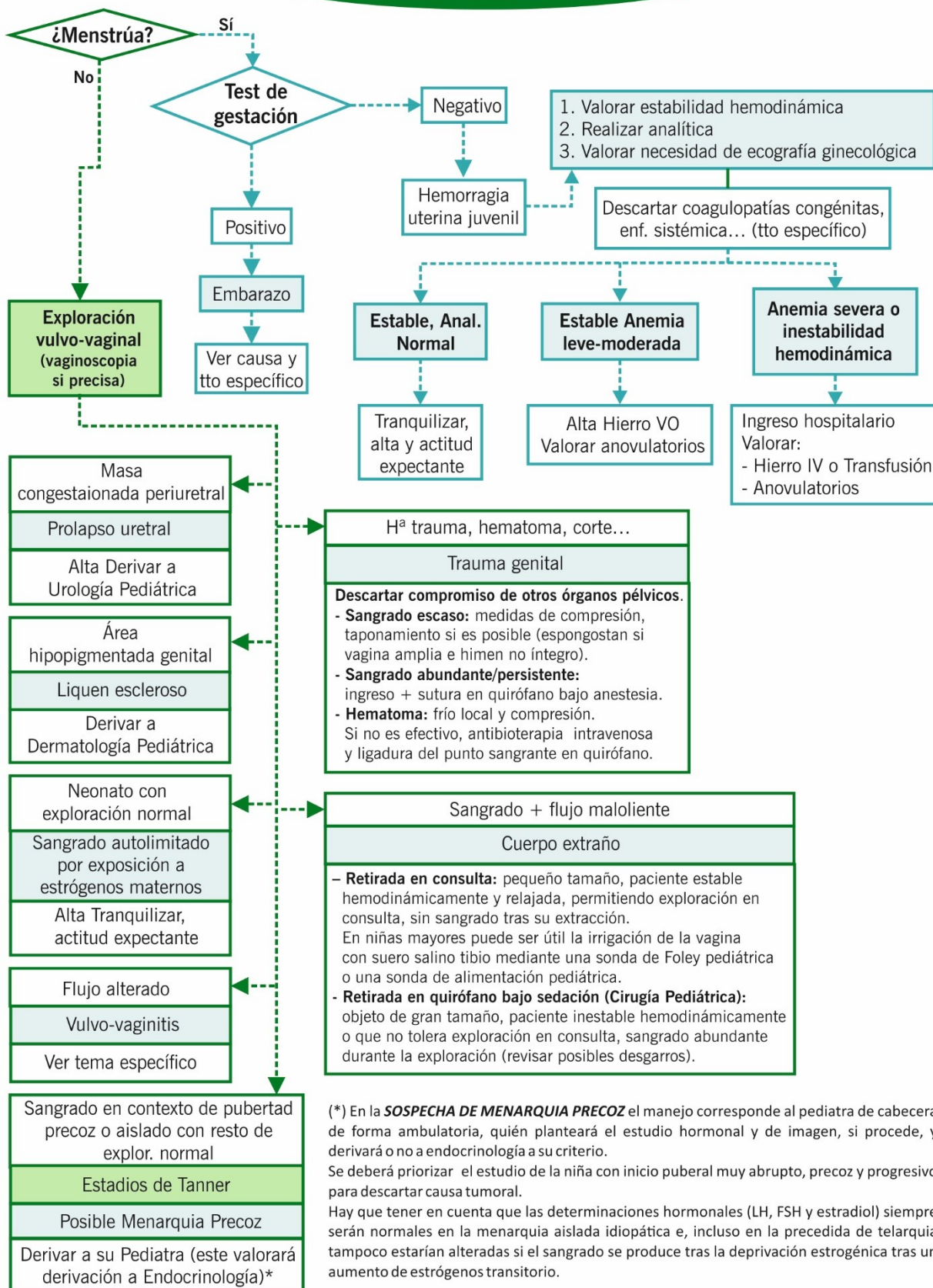
- Traumatismo genital con sospecha de abuso sexual infantil subyacente (Ver tema ASI).
- Menarquia precoz: derivar a su Pediatra, quien valorará derivación a Endocrinología Pediátrica, siendo prioritarias las niñas con inicio puberal muy abrupto, precoz y progresivo a descartar causa tumoral.
- Hemorragia uterina anormal que precise tratamiento hormonal: Ginecología de zona.
- Sospecha de coagulopatía congénita: Unidad de Hemofilia (1ª Planta del Centro de Diagnóstico y Tratamiento. Hematología). Derivar mediante hoja de consulta.
- Prolapso uretral: Urología Pediátrica.
- Liquen escleroso: Dermatología Pediátrica.

CRITERIOS DE INGRESO

- Inestabilidad hemodinámica
- Hemorragia incoercible
- Anemia grave (cuando la paciente presenta repercusión hemodinámica o $Hb < 7$ g/dl)
- Traumatismo genital que requiera sutura en quirófano bajo anestesia
- Cuerpo extraño en vagina que requiera retirada en quirófano bajo anestesia

ALGORITMO

HEMORRAGIAS GENITALES EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA





BIBLIOGRAFÍA

1. Rodríguez MJ, Brañas P: El ciclo menstrual y sus trastornos. Hemorragia uterina disfuncional. Dismenorrea. Síndrome premenstrual. En: Castellano G, Hidalgo MI, Redondo AM (eds.). Medicina de la adolescencia. Atención integral. 1ª ed. Majadahonda: Ergon; 2004. p. 292-8.
2. Marín M, Ordóñez O, Palacios A. Manual de Urgencias de Pediatría. Hospital 12 de Octubre. Madrid: Ergon. 2011.
3. Howell JO, Flowers D. Prepubertal Vaginal Bleeding: Etiology, Diagnostic Approach, and Management. *ObstetGynecolSurv* 2016;71(4):231-42.
4. Martínez-Aedo Ollero MJ, Godoy Molina E. Pubertad precoz y variantes de la normalidad. *Protocdiagn ter pediatr*. 2019;1:239-52.
5. Guerrero-Fernández J. Menarquia precoz / prematura. En: Guerrero-Fernández J, González-Casado I. Manual de diagnóstico y terapéutica en endocrinología pediátrica. Madrid, Ergón; 2016:577-82.



207 – INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)

*Sánchez Díaz, Carolina
Silván Alfaro, José Manuel
Falcón Neyra, María Dolores*

DEFINICIÓN

Conjunto de infecciones transmitidas, principalmente, por contacto sexual (oral, vaginal, anal) producidas por más de 30 virus, bacterias, hongos, protozoos o artrópodos. Aproximadamente un 80% de las infecciones de transmisión sexual (ITS) son asintomáticas. El adelanto de la edad de inicio de relaciones sexuales (15-16 años) y los cambios en la conducta sexual, entre otros factores, han llevado a un aumento de las ITS en adolescentes. Ante el hallazgo de una de estas infecciones debemos descartar siempre el abuso sexual, coinfección con otras ITS y, en mujeres en edad fértil, descartar embarazo.

CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO

ITS MÁS FRECUENTES EN ADOLESCENTES

AGENTE		CLÍNICA	DIAGNÓSTICO
Treponema pallidum	Sífilis primaria	Pápula/úlceras indoloras en inoculación (genital/bucal) y adenopatías bilaterales indoloras. Involuciona en 4-6 semanas.	RPR (+/-) FTA-Abs (+). Exudado de úlcera genital (+/-).
	Sífilis secundaria	Exantema maculopapularpalmoplantar no pruriginoso, sistémicas (adenomegalias, esplenomegalia, etc). Alta contagiosidad.	RPR (+) FTA-Abs (+)
	Sífilis latente	Precoz: < 1 año tras contacto. Tardía: > 1 año tras contacto. Asintomática.	RPR/VDRL (+/-) FTA-Abs/TPPA (+)
Neisseria gonorrhoeae (Incubación 2-5 días en varones; 5-10 días en mujeres)	Gonococia asintomática	Asintomática sobre todo en mujeres.	Diagnóstico por cribado poblacional.
	Gonococia no complicada	Genitourinaria: uretritis con secreción purulenta y disuria, vulvovaginitis, cervicitis con secreción vaginal purulenta, dolor suprapúbico, dispareunia, disuria, sangrado intermenstrual. Rectal: mayoría asintomática, proctitis con secreción anal, prurito, hemorragia, dolor, tenesmo rectal, estreñimiento. Faringitis gonocócica: mayoría asintomática, puede progresar a infección gonocócica diseminada. Conjuntivitis/oftalmitis: poco frecuente. Síntomas leves a queratitis ulcerativa.	PCR muestra o cultivo Tinción de Gram/cultivo
	Infección gonocócica diseminada	Artralgia asimétrica, lesiones cutáneas en zonas acras (pústulas, petequias), tenosinovitis, artritis supurativa. Carditis, meningitis, osteomielitis.	
	Infección primaria	Sistémicos (fiebre, malestar, mialgias...) y locales (parestesias, prurito, quemazón) previos a lesiones vesiculosas genitales, evolución a úlceras húmedas muy dolorosas, adenopatías regionales dolorosas, secreción vaginal, uretral, disuria	PCR VHS: método diagnóstico de elección. Serología: útil en primoinfección y en identificación de los tipos de VHS.
	Recurrencias	Clínica más leve o asintomáticas.	
Virus del papiloma humano (VPH 6,11)		Verrugas anogenitales o condilomas únicos o múltiples. Cérvix, vagina, pene, genitales externos, región intra y perianal y muslos. Asintomáticas, a veces producen prurito, dolor, sangrado leve o molestias urinarias.	
Chlamydia trachomatis (Incubación 7-14 días)		Asintomática en muchos casos. Puede causar uretritis, epididimitis, cervicitis, salpingitis, proctitis, EIP.	PCR en orina, exudado vaginal uretral. Tinción de Gram/cultivo
Trichomonas vaginalis		Eritema vulvar, intenso. Flujo amarillo-verdoso, espumoso y maloliente. Cervicitis, uretritis, vaginitis. Alta tasa de coinfección.	Protozoos flagelados móviles en fresco, Gram, cultivo o PCR.

Tabla 1. ITS más frecuentes en adolescentes

SÍNDROMES RELACIONADOS CON ITS EN EL ADOLESCENTE

	AGENTE	CLÍNICA		DIAGNÓSTICO
		Características lesiones	Adenopatías	
ÚLCERAS Y ADENOPATÍAS	Herpes VHS-1, VHS-2	Vesículas evolucionadas a úlceras, muy dolorosas.	Bilaterales, dolorosas.	Véase Tabla 1
	Sífilis primaria <i>Treponema pallidum</i>	Úlcera superficial, borde engrosado. Indolora.	Bilaterales, indoloras.	
	Linfogranuloma venéreo (LGV) <i>Chlamydia trachomatis</i> L1-L3	A veces úlcera ausente. Lesión papulosa/pustulosa en lugar de inoculación.	Unilateral, dolorosa. Tras desaparición de lesión primaria.	
	Granuloma inguinal <i>Klebsiella granulomatis</i>	Pápula ulcerada muy vascularizada y sangrante. No dolorosa.	No.	Biopsia: cuerpos de Donovan.
	Chancroide <i>Haemophilus ducreyi</i>	Úlcera profunda, amarillenta, secreción purulenta. Mal olor. Dolorosa.	Unilaterales. Dolorosas. Supurativas	Gram, cultivo o PCR. (En exudado de lesión primaria o adenopatía)
URETRITIS Y CERVICITIS	Gonocócica <i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Incubación 2-5 días. Inicio brusco. Exudado abundante, purulento, hemorrágico.		Examen en fresco, Gram, cultivo y PCR. Si en tinción de Gram se observan diplococos G- sospecharemos N. gonorrhoeae, mientras que si es negativa debemos pensar en C. trachomatis (confirmar con PCR)
	No gonocócica <i>Chlamydia trachomatis</i> , <i>Mycoplasma genitalium</i> , <i>Trichomonas vaginalis</i> , <i>Haemophilus spp.</i>	Incubación 7- 14 días. Inicio insidioso. Exudado escaso, seroso, mucoide.		
PROCTITIS	<i>N. gonorrhoeae</i> , <i>C. trachomatis</i> , <i>C. trachomatis</i> L1-L3 (linfogranuloma venéreo), VHS, <i>T. pallidum</i>	Alto porcentaje de asintomáticos. Dolor, tenesmo, secreción rectal, afectación del estado general. Edema y eritema. Úlceras (LGV, HCS, sífilis).		Gram, PCR <i>N. gonorrhoeae</i> , <i>C. trachomatis</i> , LGV, VHS Estudio parasitológico y bacteriológico en heces.
ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA	<i>N. gonorrhoeae</i> , <i>C. trachomatis</i> , <i>M. genitalium</i>	https://guiaprioam.com/indice/enfermedad-pelvica-inflamatoria/		PCR/cultivo <i>N. gonorrhoeae</i> , <i>C. trachomatis</i> . Cultivo bacteriano (vaginosis) Serología ITS.

Tabla 2. Síndromes relacionados con ITS en el adolescente.



TRATAMIENTO EMPÍRICO POR SÍNDROME

SÍNDROME	PRIMERA ELECCIÓN	ALTERNATIVA
Uretritis y cervicitis	<p>Si < 45 kg: Ceftriaxona 25-50mg/kg i.m dosis única +eritromicina 50 mg/kg/día c/6 h v.o durante 14 días</p> <p>Si > 45 kg: https://guiaprioam.com/indice/cervicitis/</p>	https://guiaprioam.com/indice/cervicitis/
Proctitis	Ceftriaxona o doxicilina 100mg c/12 h v.o 7 días Si sospecha VHS o sífilis, tratamiento específico	
Enfermedad inflamatoria pélvica	https://guiaprioam.com/indice/enfermedad-pelvica-inflamatoria/	https://guiaprioam.com/indice/enfermedad-pelvica-inflamatoria/

TRATAMIENTO DIRIGIDO POR SÍNDROME

AGENTE	PRIMERA ELECCIÓN	ALTERNATIVA
<i>C.trachomatis</i> (1)	> 45 kg: azitromicina 1 g v.o. dosis única < 45 kg: eritromicina 50 mg/kg/día v.o c/6h durante 14 días (dosis máx. 2 g/día)	Doxiciclina 100 mg v.o. c/12 h durante 7 días (sólo en > 8 años)
Linfogranuloma venéreo (2)	Doxiciclina 100 mg v.o. c/12 h, 21 días	Azitromicina v.o 1 g semanal, 3 semanas
Granuloma inguinal (3)	Doxiciclina 100 mg v.o. c/12 h, 3-4 semanas.	Azitromicina v.o 1 g semanal, 3 -4 semanas.
<i>N.gonorrhoeae</i> (4)	>45 kg: Ceftriaxona 250 mg i.m dosis única o azitromicina 1 g v.o dosis única. < 45 kg: Ceftriaxona 50 mg/kg iv o im dosis única (máx. 125 mg) Ingreso hospitalario en infección gonocócica diseminada grave	Cefixima 400 mg v.o. en dosis única + azitromicina 1 g v.o dosis única
<i>T.vaginalis</i> (5)	Metronidazol 2 g vo dosis única o Metronidazol 500 mg vo c/12 h 7 días	Clotrimazol 100 mg vaginal 7 días, clotrimazol crema vaginal 2%, c/24 h, 3 días
<i>H. ducreyi</i> (chancroide) (6)	>45 kg: Azitromicina 1 g vo, dosis única ó Ceftriaxona 250 mg im dosis única < 45 kg: Ceftriaxona 50 mg/kg/im dosis única ó Azitromicina 20 mg/kg/v.o , dosis única.	Eritromicina 500 mg v.o c/8 h, 7 días.
Sífilis	Primaria, secundaria y latente precoz: Penicilina G benzatina 50.000 U/kg i.m dosis única (máx. 2.4 millones U). Latente tardía o duración desconocida: Penicilina G benzatina 50.000 U/kg i.m (dosis máx. 2.4 millones U) 3 dosis semanales.	Doxiciclina 100 mg v.o c/12 h durante 14 días. Doxiciclina 100 mg v.o. c/12 h durante 28 días.
VHS (7)	Primer episodio: Aciclovir 400 mg c/8 h vo 7-10 días. Recurrencias: Terapia supresora con aciclovir o valaciclovir	Valaciclovir 500 mg c/12 h v.o 7-10 días

(1) Tratar parejas sexuales de 60 días previos. Se recomienda confirmación de cura con prueba microbiológica a las 2 semanas de finalizar tratamiento. En mayores de 45 kg el tratamiento con una dosis de azitromicina es tan eficaz como con doxiciclina en la infección urogenital, pero existen dudas sobre su eficacia en proctocolitis.

(2) Tratamiento de parejas sexuales 30 días previos.

(3) Tratamiento de parejas sexuales 30-60 días previos, no indicación clara de tratar a la pareja sexual si asintomática.

(4) Se recomienda reevaluar a estos pacientes tras 3-7 días de completar tratamiento para asegurar respuesta clínica (riesgo de resistencias a gonococo).

(5) No deben consumirse bebidas ni medicamentos que contengan alcohol durante el tratamiento con metronidazol

(6) Tratamiento de parejas sexuales de 10 días antes de la aparición de síntomas.

(7) Si lesiones muy dolorosas: baños con agua salina y lidocaína al 5% tópica.

(8) Tratar recurrencias sólo si muy frecuentes.



PROFILAXIS POSTEXPOSICIÓN VIH

Valoración de riesgo según:

- Práctica sexual
- Estado serológico de la pareja
- Susceptibilidad del huésped

Niños < 12 años: zidovudina (4 mg/kg/12h) + emtricitabina (6 mg/kg/24h) + lopinavir/ritonavir (230-300 mg/m² cada 12 horas). Existen preparados en solución de los fármacos.

Niños ≥ 12 años: tenofovir 245 mg + emtricitabina 200 mg en un sólo comprimido/24 horas + raltegravir 400 mg/12 horas. Iniciar en las primeras 72 horas tras contacto y mantener 28 días.

Derivación a consulta de Infecciosos Pediátrico para cribado de otras ITS y seguimiento.

Tabla 4. Profilaxis postexposición VIH

ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA

Levonorgestrel: dosis única de 1,5 mg vo hasta 3 días posteriores al contacto sexual

INDICACIONES

- Mantener relaciones sexuales sin protección
- Fallo de un método contraceptivo (rotura de preservativo, especialmente)
- Abuso sexual con penetración

Tabla 5. Anticoncepción de emergencia

CRITERIOS DE DERIVACIÓN CONSULTAS

Cualquier ITS o sospecha debe ser remitida a consulta de Infectología pediátrica para completar cribado y seguimiento.

Tabla 6. Criterios de derivación consultas

CRITERIOS DE INGRESO

Sospecha de EPI y:

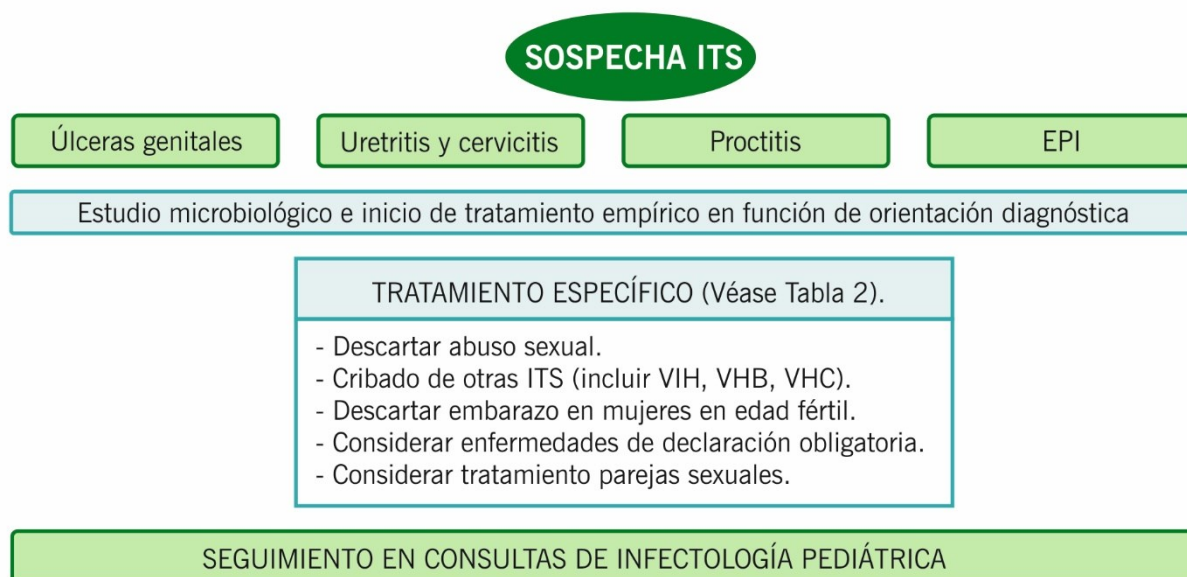
- Embarazo
- Falta de respuesta/tolerancia / adherencia al tratamiento
- Sospecha de absceso pélvico / clínica severa / náuseas o vómitos
- Descartar absceso pélvico / patología quirúrgica
- Seropositividad VIH
- Estadios III y IV

Sospecha de gonococia complicada

Clínica severa o dolor no controlado

Tabla 7. Criterios ingreso

ALGORITMO DE MANEJO





BIBLIOGRAFÍA

1. Caballero García M, Bardón Cancho E, López Lledó S. Infecciones de transmisión sexual en adolescente (v.1/2015). Guía ABE. Infecciones en pediatría. Guía rápida para selección de tratamiento antimicrobiano empírico. Disponible:<https://guia-abe.es/>
2. Documento de consenso sobre diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual en adultos, niños y adolescentes. Grupo de Expertos de Estudio de SIDA de la SEIMC (GESIDA), Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA (SPNS), Grupo de Estudio de ITS de la SEIMC (GEITS), Grupo Español para la Investigación de las Enfermedades de Transmisión Sexual de la Academia Española de Dermatología y Venerología y de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica (SEIP). Marzo 2017.
3. M.D. Falcón Neyra, P.Sánchez Moreno. Capítulo 6.1.10 Infecciones de transmisión sexual. En: M Cruz. M. García, J.J. Cruz, O. Mintegui, S. Moreno, J.M. Manual de Pediatría. 4ª Edición. Madrid. Ergon. 2020. P 369-73.
4. Guías para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades infecciosas. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Disponible en: <https://guiaprioam.com>
5. Guerrero-Fdez J, Cartón Sánchez A, et al. Manual de Diagnóstico y Terapéutica en Pediatría. Libro verde Hospital Infantil La Paz. Editorial Panamericana, 6ª edición.

208 – PATOLOGÍA MAMARIA

*Barrera Talavera, María Dolores
Alfaro Galán, Lina
García García, Emilio*

DEFINICIÓN

La mayoría de las masas mamarias que aparecen en niños y adolescentes son de carácter benigno y muchas veces autolimitadas, pero su hallazgo puede ocasionar ansiedad en el paciente y su familia.

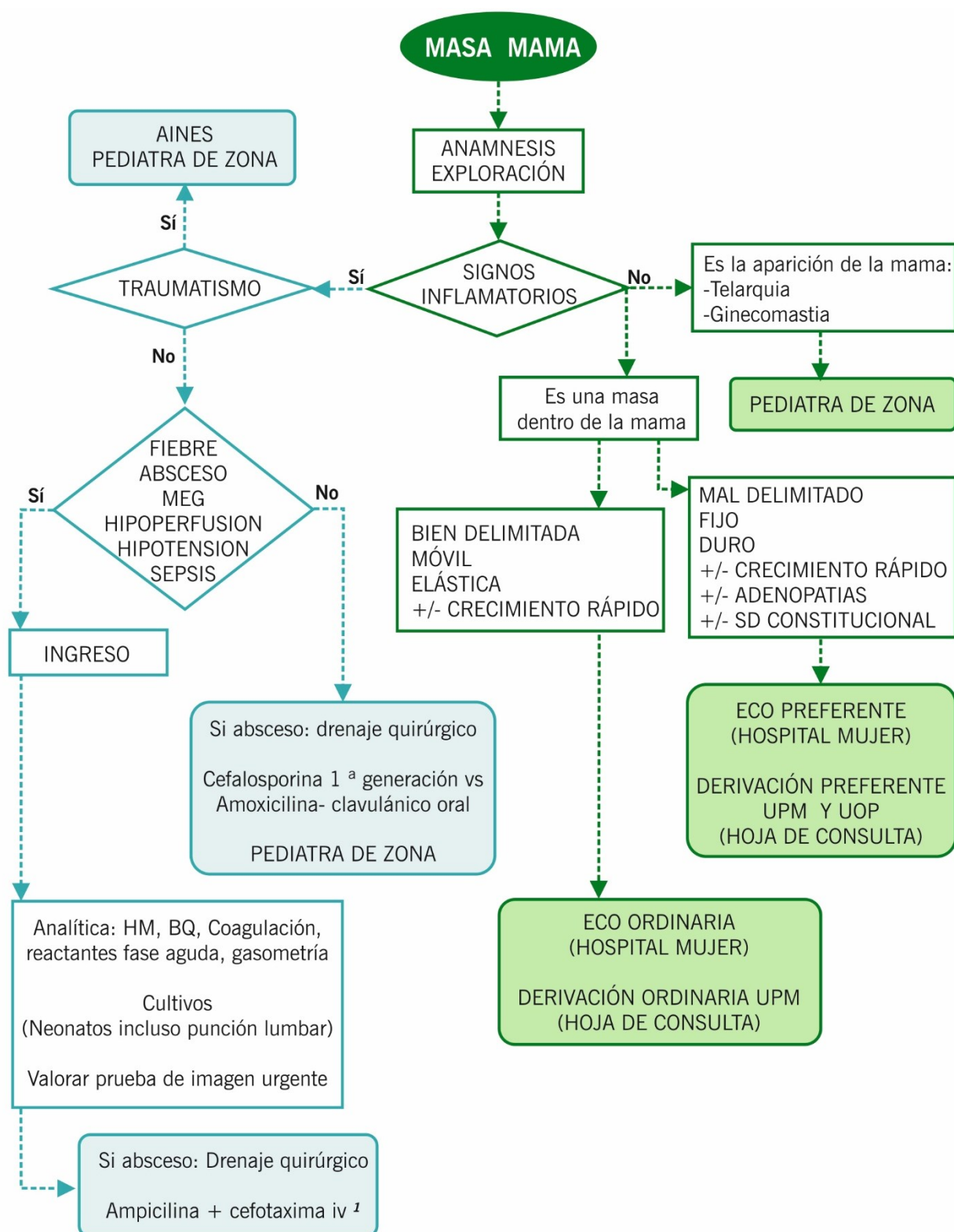
Pueden ser no tumorales (aparición de la mama en la niña “telarquia”, en el varón “ginecomastia”, hematoma, absceso), tumorales benignas (fibroadenoma, tumor Phyllodes, hamartoma, lipoma, etc) o tumorales malignas, que son excepcionales (< 1%). Las vamos a diferenciar en función si hay o no signos inflamatorios para orientar el diagnóstico.

La ecografía es el método de elección para establecer un diagnóstico diferencial, por la gran densidad mamaria en esta edad y lo inocuo del procedimiento. A veces es necesario recurrir a una BAG (Biopsia con Aguja Gruesa) para obtener el diagnóstico anatomopatológico definitivo.

CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO

ETIOLOGÍA	CLÍNICA	DIAGNÓSTICO
Aparición de la mama: <ul style="list-style-type: none"> - Ginecomastia en el varón - Telarquia en la mujer 	<p>Masa elástica concéntrica desde el pezón.</p> <p>Uni o bilateral.</p> <p>Si bilateral, puede ser asimétrica.</p> <p>Puede ser levemente dolorosa.</p> <p>Móvil.</p> <p>Antecedente de fármacos o exposición a sustancias.</p>	<p>Clínico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anamnesis. - Exploración de la mama y axila. Diferenciar de adipomastia, en la que no hay glándula y disminuye en decúbito supino. - En varón palpar testes (descartar tumoración testicular).
Tumor benigno	<p>Masas palpables (generalmente consultan por autopalpación positiva) uni o bilaterales, móviles elásticas, bien delimitadas y sin signos inflamatorios asociados.</p>	<p>Clínico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anamnesis - Exploración de la mama, axila, hueco supraclavicular y cadena yugular <p>Radiológico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ecografía
Tumor maligno	<p>Masa uni o bilateral donde se refiere crecimiento rápido y sin signos inflamatorios asociados.</p>	<p>Clínico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anamnesis - Exploración de la mama, axila, hueco supraclavicular y cadena yugular <p>Radiológico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ecografía <p>BAG si precisa.</p>
Infecciosa	<p>Masa indurada unilateral, roja, caliente, eritematosa y dolorosa a la palpación.</p> <p>Si fluctúa sospecha absceso.</p> <p>Fiebre, síntomas sistémicos, sepsis.</p> <p>Neonatos (puede ser indicadores de infección severa: irritabilidad, llanto, pérdida de apetito, vómitos etc.).</p>	<p>Clínico</p> <p>Analítica: Hemograma, BQ, Coagulación, reactantes fase aguda, gasometría</p> <p>Cultivos (En neonatos incluir punción lumbar).</p> <p>Valorar prueba de imagen urgente.</p>
Traumática	<p>Masa unilateral dolorosa, eritematosa y mal definida. Retracción piel y pezón.</p> <p>Antecedente traumático.</p> <p>Equimosis.</p>	<p>Clínico:</p> <p>Si evolución tórpida o etiología no clara ecografía de mama.</p>

ALGORITMO DE MANEJO



* UPM: Unidad de Patología Mamaria

* UOP: Unidad de Oncología Pediátrica

¹ Seguir recomendaciones guía PRIOAM

<https://guiaprioam.com/indice/sepsis-grave-y-shock-septico-en-pacientes-pediatricos>



TRATAMIENTO DOMICILIARIO

ETIOLOGÍA	TRATAMIENTO DOMICILIARIO
Aparición de la mama en el varón (ginecomastia)	No precisa tratamiento desde urgencias. Actitud expectante en las fisiológicas (neonatos y adolescentes). Específico tras estudio etiológico en las secundarias: tumores productores de hormonas, otras enfermedades o exposiciones ambientales. Idiopática con afectación psicológica: tamoxifeno o cirugía.
Aparición de la mama en la niña (telarquia)	No precisa tratamiento desde urgencias. Actitud expectante en las fisiológicas (menores de 2 años y mayores de 8). Específico tras estudio etiológico en las secundarias: tumores productores de hormonas, otras enfermedades o exposiciones ambientales.
Tumoral benigno	Expectante (mediante ecografía para controlar evolución). Cirugía (si crecimiento rápido o duda diagnóstica).
Tumoral maligno	Etiológico.
Infecciosa	Cefalosporina 1 ^a generación vs amoxicilina-clavulánico 7-14 días.
Traumática	Analgésicos y antiinflamatorios.

CRITERIOS DE INGRESO Y DE DERIVACIÓN

ETIOLOGÍA	INGRESO	DERIVACIÓN
Aparición de la mama	No requiere ingreso.	Pediatra de zona, que hará estudio hormonal y etiológico a su criterio o derivará a Endocrinología Pediátrica, priorizando los casos de inicio abrupto y rápido crecimiento sobre todo en edades no fisiológicas.
Patología tumoral	No requiere ingreso.	Petición de Ecografía mamaria ordinaria o preferente en función de sospecha de benignidad o malignidad en Radiología del Hospital de la Mujer. Derivación ordinaria o preferente en función de sospecha de benignidad o malignidad a unidad de patología de mama (UPM). Tumores malignos se derivaran además de forma preferente a unidad de oncología pediátrica (UOP).
Patología infecciosa o traumática	Absceso (drenaje quirúrgico). Contactar para ello con cirugía pediátrica Fiebre. Síntomas sistémicos: aspecto séptico, hipotensión, hipoperfusión tisular etc. Sepsis o shock séptico: Fallo renal, hepático, respiratorio etc.	Pediatra de zona (solo si no hay fiebre o síntomas sistémicos).



BIBLIOGRAFÍA

1. Montañés E, Grande J. Urgencias ginecológicas. En: Martín M, Ordoñez O, Palacios A. Manual de urgencias pediátricas 12 de Octubre. 1ª ed. Madrid, Ergón; 2011:773-86.
2. Moreno D, Delgado C, Utor DA, Serrano I. Patología Mamaria Infanto-juvenil. En: Manual de práctica clínica en senología 2019. 4ª Edición. Sociedad española de senología y patología mamaria. ISBN 978-84-09-13675-9; 2019: 172-76
3. Alonso MT, Jiménez F, Sánchez-Valderrábanos E, et al. Sepsis en pacientes pediátricos. Guía PRIOAM Virgen del Rocío. 2017. <https://guiaprioam.com/indice/sepsis-grave-y-shock-septico-en-pacientes-pediatricos> (consultada el 23-02-21).
4. Martínez-Aedo Ollero MJ, Godoy Molina E. Pubertad precoz y variantes de la normalidad. Pro-toc diagn ter pediatr. 2019;1:239-52.
5. Guerrero-Fernández J. Ginecomastia. En: Guerrero-Fernández J, González-Casado I. Manual de diagnóstico y terapéutica en endocrinología pediátrica. Madrid, Ergón; 2016:506-11.
6. Gao Y, Saksena MA, Brachtel EF, terMeulen DC, Rafferty EA. How to approach breast lesions in children and adolescents. Eur J Radiol. 2015 Jul;84(7):1350-64.

