

CAPÍTULO 13

ALTERACIONES VULVO-VAGINALES

*“Los males que no tienen fuerza para acabar con la vida,
no la han de tener para acabar con la paciencia”*

Miguel de Cervantes

JOSÉ LUIS DOVAL CONDE

SUSANA BLANCO PÉREZ

INTRODUCCIÓN

La adolescente temprana acude a la consulta por síntomas que alarman más a sus padres (quienes la traen a la consulta) que a ella misma. Mientras que en la adolescencia media y tardía se observa un aumento de demanda de la consulta desde la propia adolescente.

Exploración

Es importante tener en cuenta el “pudor” propio de esta edad a la hora del acercamiento diagnóstico. En este sentido aclarar que en los casos de molestias vulvares o infecciones en adolescentes sin haber iniciado actividad sexual coital, no es habitualmente necesaria la vaginoscopia, sólo está indicada la introducción del espéculo en caso de hemorragia o de flujo vaginal recidivante.

Sólo espéculo en caso de hemorragia o leucorrea recidivante

Las mejores posiciones son las supinas, bien aceptadas, con piernas flexionadas sobre la propia camilla o sobre los estribos.

Las maniobras manuales de tracción lateral de labios mayores, depresión de perineo y tracción en “tienda” permiten la observación de la vulva, morfología himeneal e incluso del tercio inferior

de la vagina.

CAMBIOS ANATÓMICOS

Índice clitoroideo (diámetro sagital por diámetro transversal) 20,7 +/-1,6 (13-18 años)

Con la pubarquia los labios mayores y menores comienzan a engrosarse, aparece vello en los labios mayores y pigmentación en los menores, desarrollo clasificado por Tanner en 5 estadios.

Se produce un aumento del índice clitoroideo (diámetro sagital por diámetro transversal, medido en mm) con el crecimiento y la pubertad. Dicho índice es semejante desde el nacimiento hasta la edad adulta variando de 15,1 +/-1,4 mm a la edad de un año hasta 20,7 +/-1,6 mm entre los 13-18 años, dicho tamaño aumenta considerablemente en casos de hiperandrogenismo.

Tipos de himen:

- Anular
- Semilunar
- Fimbriado-coraliforme

El orificio del himen aumenta con el desarrollo puberal, describiéndose clínicamente en la infancia-adolescencia 3 configuraciones himeneales. Tipos de himen:

- Anular.
- Semilunar.
- Fimbriado-coraliforme: el más frecuente en la pubertad.

Las variaciones congénitas más frecuentes son hímenes septados, microperforados o imperforados.

Las mucosas se engruesan y hacen rosadas y se humedecen por secreciones de las glándulas vestibulares, de Bartholin y parauretrales.

A partir de la pubertad, se forma el fondo de saco vaginal posterior y más tardíamente los fondos de saco anterior y laterales.

El cuello uterino aumenta de tamaño, el epitelio glandular se hace cilíndrico y el pavimentoso se engrosa por la acción hormonal. Las glándulas mucosecretantes se hacen activas.

Entre los cambios observados durante la adolescencia, son muy importantes las variaciones de la flora vaginal y la microecología por la influencia en los procesos irritativos e infecciosos de la vulva-vagina.

Con el aumento de los estrógenos en la pubertad el pH se hace ácido y reaparece el *lactobacillus*, observándose una leucorrea fisiológica. Así mismo con la aparición de ciclos ovulatorios se producen modificaciones en la secreción y en la flora vaginal de acuerdo con las distintas fases del ciclo.

La ecología vaginal es dinámica y es modificada por el uso de tampones, toallas higiénicas, coitos, anticonceptivos orales y espermicidas.

La ecología vaginal se modifica por agentes físicos y/o químicos

LESIONES EPITELIALES PRENEOPLÁSICAS

NEOPLASIA VAGINAL INTRAEPITELIAL (VAIN)

VAIN

Pueden ser consecuencia de extensión patológica cervical o de un proceso residual postratamiento de enfermedad cervical o como parte de enfermedad multifocal del tracto genital inferior.

Es una lesión muy poco frecuente y sólo se halla en casos de infección por HPV.

La mayoría son asintomáticas, siendo los síntomas más frecuentes (leucorrea, prurito, ardor, dispareunia) por la infección viral.

VIN

NEOPLASIA VULVAR INTRAEPITELIAL (VIN)

La lesión suele ser polimorfa:

- Las lesiones en piel son maculares o papulares, únicas o múltiples, son en general blancas,

VAIN y el VIN se asocian a HPV

liquenificadas y con frecuencia pigmentadas.

- En zonas de mucosas las máculas o pápulas son eritematosas o blancas.
- Raramente se observan como un condiloma acuminado en los VIN de bajo grado.

Colposcopia

Se ha observado una fuerte asociación entre el VPH y el VIN y en menor grado con VHS (Virus herpes simple).

El diagnóstico de ambas lesiones se basa en la Colposcopia, tinción de acético, lugol y biopsia.

Tratamiento conservador y local, con 5-fluoracilo, tricloroacético e interferón

El tratamiento es conservador, con seguimiento clínico y colposcópico una o dos veces al año.

Se indican tratamientos locales en casos de lesiones acuminadas y en las sintomáticas con tricloroacético o 5-fluoracilo al 5%: aplicaciones de una vez por semana en vagina y 2 veces por semana en vulva, durante 10 semanas. Luego se sigue con tratamiento preventivo quincenal y luego mensual hasta completar 6 meses libre de lesión.

En pacientes inmunodeprimidas se puede continuar indefinidamente.

Últimamente se usan *Interferones* (grupos de glicoproteínas con propiedades antivirales, antiproliferativas e inmunomoduladoras), coadyudando a los tratamientos destructivos locales en forma inyectable intralesional en pacientes con enfermedad persistente y/o recidivante.

Su uso sistemático se reserva para pacientes inmunodeprimidos con lesiones muy extendidas.

Prolongación himeneal

TUMORES

BENIGNOS

Prolongación himeneal

Son de consistencia firme, lisa y de igual color que el himen, se extirpan si causan molestias o por razones estéticas.

Malformaciones vasculares

Son siempre congénitas, aunque a veces sólo se ponen de manifiesto por un traumatismo o cambio hormonal (angioma plano, angioqueratoma, linfangioma circunscrito, linfangioma cavernoso, malformaciones venosas, etc.). Son muy raras.

Lipoma

Constituido por adipocitos maduros, tejido conectivo, carece habitualmente de cápsula definida.

Es blando, sésil o pediculado y de tamaño variable.

El diagnóstico es siempre clínico. Se extirpa si produce sintomatología.

Neurofibromatosis

Aparición de las típicas manchas de café con leche.

Pólipos fibro-epiteliales de vagina

Suelen ser simples, teniendo usualmente un pedículo. Representan una hiperplasia local de la zona mixomatosa normal del mesénquima subepitelial.

Son raros. Deben extirparse para descartar tumores malignos.

Granuloma inespecífico

Lesión vascular rojo brillante o rojo oscuro elevada, sésil o polipoidea, blando o

Malformaciones vasculares

Lipoma

Neurofibromatosis

Pólipos fibro-epiteliales de vagina

Granuloma inespecífico

moderadamente firme.

Rabdomiosarcoma

Se relacionan con un proceso reactivo a

Síntomas: flujo, sangrado,
pólipos friables que asoman
por vagina (racimo uvas)

traumatismo y a la presencia de bacterias piógenas

(postparto, sobre cicatriz, etc.).

Colposcópicamente se presenta como una formación vegetante multilobulada de superficie lisa vascularizada y sangrante.

Se debe hacer extirpación quirúrgica y coagulación de la base para evitar recidivas.

MALIGNAS

Rabdomiosarcoma (RMS)

Hay 5 variedades, siendo la variedad más frecuente en esta edad el *sarcoma botrioides*, puede tener su origen en vulva, vagina, cuello y cuerpo de útero.

En niñas muy frecuentemente en tercio inferior de cara anterior de vagina (antes de los 2 años).

En pubertad y adolescencia se inicia en tercio superior de vagina o en el cérvix.

El flujo y sangrado son los síntomas comunes debido a erosiones y necrosis de la superficie. La lesión ocupa vagina y asoma por introito como pólipos friables, gelatinosos, edematosos o como pólipo simple.

Puede extenderse hacia arriba e irradiar cavidad pelviana, puede involucrar vulva y periné. En general no metastatiza.

Su tratamiento ha variado a lo largo de los últimos años.

- Hilgers revisó las publicaciones desde el año 35 al 72, comprobando que la exanteración pélvica proporcionaba beneficios sólo en pacientes seleccionados, llegando a la conclusión de que debido a la extensión del proceso se obtenían mejores resultados con tratamiento multimodal (cirugía, radiaciones y quimioterapia).
- Posteriormente Kumar y cols. plantean que con la aparición de la quimioterapia sistémica se

Tratamiento:

- VAC
- Cirugía
- VAC
- Braquiterapia

Adenocarcinoma de células claras

Relación con ingesta materna de Dietilestilbestrol

Carcinoma vulvar

podría evitar la exanteración pélvica total en etapas tempranas de la enfermedad, así como la vaginectomía, histerectomía y radiación. Kumar informa de remisiones completas de tumores vaginales con quimioterapia VAC (vancristina, dactinomicina y ciclofosfamida) preoperatoria, seguida de resección localizada de lesiones vaginales y/o vulvares.

La actitud en el momento actual sería:

- VAC preoperatorio.
- Cirugía conservadora.
- Nuevas series de VAC
- Braquiterapia intracavitaria o intersticial en caso necesario.

Melanoma maligno

Factores de riesgo:

- Nevus pigmentado congénito
- Historia familiar

Adenocarcinoma de células claras

Se presenta en adolescentes o adultas jóvenes, siendo la edad media más frecuente 19 años.

Su origen es mülleriano, viéndose un aumento de su incidencia en hijas de madres que toman Dietilestilbestrol en el embarazo, observándose este antecedente en los 2/3 de los casos. No existe este porcentaje en el 32% de los casos de origen cervical y en el 14% de los casos de vagina.

El 40% surge de cérvix y el 60% de pared anterior o más raramente de pared lateral en su tercio superior. Se producen metástasis linfáticas frecuentes (siendo más frecuentes en los de afectación cervical).

Quistes de inclusión

Las pérdidas hemáticas vaginales esporádicas constituyen el signo más frecuente, otras veces son la leucorrea abundante y el olor fétido, en los menos es asintomático.

Quiste pilonidal

Las lesiones son de morfología y tamaño diverso, pudiendo darse lesiones papilares, nodulares o ulceradas.

La terapia y la supervivencia se superponen según procedencia a los de cérvix y vagina.

Carcinoma vulvar

Lesión muy rara en adolescente. Se ha visto asociada con enfermedades granulomatosas crónicas, e inmunosupresoras. La diabetes, la mala higiene perineal, aumentan el riesgo.

Es de extensión local y diseminación tardía.

Melanoma maligno

Deriva tanto de los melanocitos como de las células névicas. Un 2% de los melanomas malignos ocurre en jóvenes menores de 20 años, siendo su comportamiento igual que en el adulto.

Se calcula que el 60-70% de los melanomas surgen de nevus persistentes, siendo los nevus pigmentados congénitos y la historia familiar de melanoma factores de riesgo.

Tienen un comportamiento agresivo con una supervivencia del 30-50% a los 5 años.

TUMORES QUÍSTICOS

QUISTES DE ORIGEN EPIDÉRMICO

Quistes de inclusión

Si después de una lesión o traumatismo se deja epitelio escamoso estratificado viable debajo de piel o mucosa, puede proliferar, segregarse, o descamar hasta formar un quiste de inclusión.

Quiste pilonidal

Origen por defectos congénitos de ectodermo o seno urogenital o por reacción a cuerpo extraño provocado por pelo. Más frecuente en pelo. En caso de ser recidivantes el tratamiento es

Quistes sebáceos

Hidroadenoma

Fox-Fordyce

Debida a la obstrucción de glándulas sudoríparas apocrinas

Siringoma

quirúrgico.

QUISTES DE ANEJOS EPIDÉRMICOS

Son los derivados de glándulas sebáceas y sudoríparas, aparecen siempre a partir de la pubertad.

Quiste de Gartner

Sebáceos

Son raros, clínicamente indistinguibles de los epidérmicos.

Hidroadenoma

Quiste Mülleriano

La mayoría son de glándulas apocrinas, aunque algunos proceden de glándulas sudoríparas ecrinas.

Aparecen como nódulos menores de 1 cm. En cara interna de labio mayor, cerca de surco intralabial.

Quiste seno urogenital

En general son asintomáticos, salvo cuando se necrosan e infectan pueden provocar prurito, hemorragia y/o dolor y salida de un tejido granular rojo.

Adenosis

La excisión quirúrgica en caso de clínica es diagnóstica y terapéutica.

Se relaciona con exposición intrauterina al DES

Fox-Fordyce

Erupción pruriginosa crónica de múltiples microquistes debido a obstrucción de glándulas sudoríparas apocrinas. Suele afectar a monte de Venus, axila, zona periareolar, aumentan en período premenstrual y mejoran en embarazo y menopausia.

Incidencia de la cervical vaginal en jóvenes

El tratamiento es con estrógenos locales, corticoides locales o anticonceptivos orales con predominio estrogénico.

Siringoma

Formación adenomatosa de glándulas sudoríparas ecrinas, es asintomático y múltiple.

Aparece durante o tras la pubertad como múltiples pápulas firmes o quísticos situados fundamentalmente bajo la piel de labios mayores.

Aspecto de racimo de uvas
Yodo negativo

QUISTES DE RESTOS EMBRIONARIOS

Quiste origen mesofrénico (de Gartner)

Aparecen en la pared anterior de vagina, pueden ser varios siguiendo la línea de Gartner. Suelen ser pequeños y asintomáticos.

Quiste del conducto de Nuck

Sólo hay indicación de exéresis cuando se interponen entre vagina y vejiga o uretra, provocando síntomas de retención urinaria.

En conducto inguinal Monte de Venus

Quiste de origen paramesonéfrico mülleriano

Pueden aparecer en cualquier parte de la pared vaginal.

Son asintomáticos, de tamaño y forma variables.

Quiste seno urogenital

Aparecen en vestíbulo, himen, labios menores y tejidos periclitorideos. Son menores de 3 cm, únicos, translúcidos y superficiales.

Quiste de Bartholin

Adenosis

Es la presencia de epitelio cilíndrico o de sus productos de secreción en el interior de la vagina. Existe acuerdo en el sentido de que la exposición intraútero al DES (dietilestilbestrol) interfiere de alguna forma en el reemplazamiento normal del epitelio mülleriano por epitelio escamoso.

Se asocia a infección con gonococo y/o clamidia si tiene coitos

Su importancia radica según el seguimiento del

Si no tiene coitos se observa flora vaginal habitual

proyecto National Collaborative Diethylestilbestrol Adenosis (DESAD), en que se ha demostrado una incidencia aumentada de displasia y carcinoma *in situ* cervical y vaginal en mujeres jóvenes expuestas a DES en edad prenatal.

Puede ser o no sintomáticos. Debemos sospechar ante antecedentes de exposición intraútero a DES que presenta flujo vaginal mucoso excesivo, hemorragia postcoital leve y en algunos casos dispareunia.

Quiste uretral congénito

Con colposcopia las zonas de adenosis presentan aspectos típicos de racimo de uvas que no captan yodo a la tinción. Deben biopsiarse las zonas de nodularidad.

Los cambios del epitelio vaginal desaparecen espontáneamente a veces.

Quiste conducto Nuck (Hidrocele)

Divertículo de uretra:
riesgo de estenosis de uretra
y/o fístula

La oclusión de este conducto peritoneo-vaginal persistente, en cualquier punto de su trayecto puede conducir a la formación de un quiste llamado hidrocele, similar a los del varón.

Se limita al conducto inguinal o al tejido subcutáneo del Monte de Venus, aunque puede aparecer en labios mayores.

El tamaño es variable desde uno a varios cm.

Pueden ser asintomáticos o provocar molestias derivadas de su tamaño.

El tratamiento es quirúrgico si produce molestias, siendo el abordaje similar a la herniorrafia inguinal.

QUISTES ORIGEN GLÁNDULA DE BARTHOLIN

Es el más frecuente de los quistes vulvares. La glándula puede obstruirse cerca de la desembocadura del conducto principal en el

vestíbulo, puede infectarse y formar un absceso. Se discute si la obstrucción precede o es consecuencia del proceso infeccioso.

La etiología del absceso puede ser gonococia y/o clamidia. En mujeres sin coitos es frecuente encontrar flora vaginal habitual con predominio de anaerobios.

El tratamiento del absceso es la incisión, drenaje y/o marsupialización.

El tratamiento del quiste es la exéresis del quiste o glándula.

QUISTES DE ORIGEN URETRAL Y PARAURETRAL

Quiste uretral congénito

Hallazgo ocasional de pequeñas dilataciones múltiples de los conductos glandulares parauretrales.

Si se infectan o comprimen la luz de la uretra se extirpan por vía uretral.

Divertículo de uretra

Si son pequeños y no infectados pueden ser asintomáticos.

Por tacto vaginal se palpa una masa suburetral.

A la presión puede salir orina o secreción a través de meato de uretra.

Pueden provocar dispareunia, disuria y cistitis recidivantes.

El diagnóstico se basa en el uretrografía con presión positiva y la cistouretrografía.

Los asintomáticos no se tratan. En caso de sintomatología aguda o recidivante se hace una diverticulectomía, debido al riesgo de

Quiste de Skene

Antecedentes infecciosos

Nevus pigmentarios

↑ En la adolescencia

Cuándo biopsiarlos

Extirpación

Factores de riesgo de maglinización

Vulvovaginitis

No de transmisión sexual

complicaciones (estenosis uretral o fístula), el riesgo es de un 20%.

La marsupialización puede ser útil en caso de divertículos del tercio externo.

Quiste de origen parauretral (Skene)

Debido a obstrucción de glándula de Skene, no es mayor de 2 cm.

Simplemente con los datos clínicos y la exploración, se puede hacer una buena orientación diagnóstica

Puede provocar síntomas urinarios y dispareunia.

Es habitual que se encuentren antecedentes de infección por gonococo, clamidia o ureaplasma.

Si da clínica se extirpa.

NEVUS PIGMENTARIOS (LUNARES)

Son lesiones cutáneas pigmentarias benignas, que raramente se malignizan. Tienen un pico de máxima incidencia en la adolescencia. Sólo se deben biopsiar:

Tratamiento medidas higiénicas

- Aquellos que por su localización estén sometidos a traumas repetidos (vulva, manos, pies).
- Los que presenten coloración heterogénea o cambios de color.
- Cuando los bordes se hacen irregulares o crece.
- Si se ulcera, sangra o provoca prurito.

Se recomienda exéresis de:

Leucorrea fisiológica

- Nevus congénitos.
- Lesiones papulosas pigmentadas no verrugosas mayores de 1 cm.
- Nevus de difícil control por su localización (áreas pilosas, anogenital o zonas mucosas).

- Nevus de nueva aparición después de los 30 años.

Se inicia antes de la menarquia

Son factores de riesgo de malignización los nevus congénitos y la historia familiar (el antecedente de un pariente en primer grado incrementa el riesgo doce veces).

VULVOVAGINITIS NO ETS

Medidas higiénicas

Incluimos aquí aquellos procesos que pueden cursar con descarga vaginal (leucorrea), prurito y/o inflamación, debidas a infecciones (específicas o inespecíficas) u otros irritantes (las vulvovaginitis de transmisión sexual se tratarán en el correspondiente capítulo).

Cuerpos extraños intravaginales

Ante una vulvovaginitis de cualquier etiología es preciso realizar un cuidadoso examen de los genitales (vulva, vagina y cérvix) valorando la presencia de edema, eritema, fisuras, verrugas, características de flujo (cantidad, color, olor, pH) y si es posible hacer una toma para extensión en fresco (con suero fisiológico e hidróxido de potasa -KOH-), Gram y cultivo. También se debe tener en cuenta los antecedentes de ingestas de medicamentos (anticonceptivos, antibióticos, inmunosupresores), enfermedades del tipo de diabetes o inmunodeficiencias, relaciones sexuales recientes o traumatismos y la existencia de episodios anteriores similares.

Flujo fétido

Extracción

En el tratamiento, a parte de las medicaciones específicas, son muy importantes las medidas higiénicas, que incluirán el uso de ropa interior de algodón y ropa de calle que permita la transpiración (evitar vaqueros y pantis ceñidos), lavados con agua o manzanilla sin utilizar jabones u otros irritantes químicos y abstención de relaciones sexuales mientras dure el tratamiento.

Vulvitis irritativa

Por agentes físicos o químicos

VULVOVAGINITIS DE ETIOLOGÍA NO INFECCIOSA

LEUCORREA FISIOLÓGICA

Es relativamente frecuente en púberes, se produce por descamación de células epiteliales por efecto estrogénico.

Evitar factores desencadenantes

Clínica: leucorrea que se inicia habitualmente antes de la menarquia y puede durar algunos años. Una vez establecidos los ciclos, la secreción vaginal varía, siendo mas fluida en la primera mitad.

Vestibulitis vulvar

Exploración: genitales sin signos inflamatorios. El flujo es blanquecino con pH ácido (<4,5) y en el estudio en fresco se presentan células epiteliales sin evidencia de infección.

Tratamiento: habitualmente no requiere. Medidas higiénicas y en determinadas situaciones (prácticas deportivas) se pueden utilizar tampones.

CUERPOS EXTRAÑOS VAGINALES

En la adolescencia, la causa mas frecuente es un tampón olvidado.

Otras veces son restos de papel higiénico u objetos utilizados con fines masturbatorios.

Vulvovaginitis infecciosas

Clínica: habitualmente flujo fétido, a veces sanguinolento. La vagina puede estar eritematosa y lacerada en función del tipo de cuerpo extraño y el tiempo que lleve inserto. A más tiempo, existe también mayor riesgo de que exista una sobreinfección.

Gran diversidad de bacterias

Tratamiento: extracción del cuerpo extraño, irrigación vaginal con suero fisiológico templado. Si existe sobreinfección se puede recetar antibiótico tópico, y si la vagina está muy lacerada,

crema u óvulos de estrógenos durante una semana.

Vulvovaginitis inespecíficas

VULVITIS IRRITATIVAS: POR AGENTES FÍSICOS O QUÍMICOS

Su etiología es inespecífica, por calor, uso de ropa ajustada (vaqueros, pantis de nylon, obesidad, higiene deficiente, uso de espermicidas (en crema u óvulos), alergia a látex de preservativos.

Clínica: prurito, dolor y/o disuria.

Exploración: eritema vulvar.

Diagnóstico: de exclusión, tras descartar vulvitis específicas, infección por HPV, etc.

Tratamiento: crema de hidrocortisona al 1%. Tres veces al día, ropa interior de algodón y evitar los factores desencadenantes

Candidiasis

VESTIBULITIS VULVAR

Sensación de disconfort, de quemazón, de irritación y prurito vulvar sin causa aparente. Existe dolor crónico severo y persistente al tocar la zona vestibular y dispareunia.

Exploración: eritema vestibular en distintos grados. El resto es normal.

Tratamiento: es difícil. La respuesta más favorable es con la resección vestibular y con interferón. El láser y la excisión limitada sólo a las zonas sensibles, han dado peores resultados. En adolescentes se puede iniciar el tratamiento con corticoides suaves tópicos o pomadas de lidocaína, utilizando lubricantes para el coito.

VULVOVAGINITIS INFECCIOSAS

Es difícil encontrar estadísticas de los agentes

La presencia de prurito intenso con flujo blanquecino no fétido y grumoso, nos hará pensar en una micosis

etiológicos en la adolescencia en nuestro país, y la

frecuencia de éstos se ve también modificada por

la existencia o no de relaciones sexuales. Entre los

Tratamiento tópico y/o
sistémico

microorganismos implicados no causantes de ETS

encontramos *Candida*, *Gardnerella*, estreptococos

Candidiasis recurrente

del grupo B, enterococos spp, estafilococos y

parásitos (*enterobius vermicularis*).

VULVOVAGINITIS INESPECÍFICAS

Los agentes causales suelen ser los microorganismos de la flora endógena que se tornan agresivos al alterarse la integridad de la mucosa o al cambiar el pH del medio (tras la regla, coito, uso de tampones, duchas vaginales).

Desencadenantes:

- Higiene inadecuada: excesiva o defectuosa.
- Irritantes físicos o químicos.
- Contaminación por limpieza perineal incorrecta.

Suelen ser situaciones transitorias, de resolución espontánea.

Vaginosis bacteriana

VULVOVAGINITIS POR HONGOS: CÁNDIDAS

Es posiblemente el agente etiológico mas frecuente a estas edades. Los hongos del género *Candida* forman parte de la microflora habitual de la vagina hasta en un 50% de las mujeres, siendo *Candida albicans* la más habitual. Se convierten en patógenas al proliferar de forma excesiva.

Predisponentes: ingesta reciente de antibióticos de amplio espectro, diabetes, uso de corticoesteroides o estados de inmunosupresión, embarazo, ropa ajustada...

Clínica: es típico el prurito intenso vulvar y/o vaginal, más frecuente premenstrual. La leucorrea a veces es poco llamativa. También puede existir disuria (sin polaquiuria ni tenesmo) y dispareunia.

Exploración: eritema vulvar que puede presentar lesiones de rascado o fisuras. Flujo blanquecino, no fétido, grumoso (como "leche c o r t a d a ") , adherido a paredes vaginales y que al removerlo deja una superficie eritematosa. El pH vaginal es normal.

Es sugestiva la presencia de flujo abundante y muy fétido con pocos signos inflamatorios

Prueba de la amina

Células guía

Criterios diagnósticos

Frotis en fresco: en la extensión con KOH, encontramos hifas en el 80-90% de las mujeres sintomáticas.

Si no está claro el diagnóstico se puede realizar una toma para cultivo en medios específicos (agar-Sabouraud).

Diagnóstico: la clínica y la exploración son muy sugestivas y nos permiten la realización de un tratamiento empírico inicial para micosis siempre que no podamos realizar un frotis en fresco y mientras no llegen los resultados del cultivo.

Tratamiento: medidas higiénicas y tratamiento médico

- Tópico: cotrimazol:
Óvulo vaginal de 500 mg (monodosis).
Óvulo de 100 mg / noche, 6 noches.
Crema al 1% /noche, 3 noches.
- Sistémico:
Fluconazol, 150 mg (monodosis).
Itraconazol: 200 mg/día, 3 días.

Los tratamientos tópicos mejoran la clínica mas rápidamente, mientras que los sistémicos ayudan a eliminar el reservorio intestinal.

Tratamiento de la pareja

En gestantes se emplean tratamientos tópicos.

Candidiasis recurrentes (más de 4 episodios al año).

Recurrencias

Se deben descartar siempre factores predisponentes.

- Tópico: cotrimazol: óvulo vaginal de 500 mg/mes, 6 meses.
- Sistémico:
Fluconazol, 150 mg /mes, 6 meses.
Itraconazol: 200 mg/ 3 días consecutivos al mes, 6 meses.

Vulvovaginitis por oxiuros

(Los tratamientos se realizan entre el 5.^o a 10.^o día del ciclo).

Existen otras alternativas terapéuticas (Ketoconazol, nistatina, oxiconazol etc.), que se pueden emplear si hay resistencia a los descritos.

En tratamientos largos, hay que tener en cuenta la hepatotoxicidad de los derivados imidazólicos.

La pareja no es preciso tratarla a no ser que tenga clínica (balanitis) o exista micosis de repetición.

Pensar en esta posibilidad ante la existencia de prurito anal nocturno

Visualización del parásito

VAGINOSIS BACTERIANA

Se produce por una agresión en el ecosistema vaginal que favorece una proliferación excesiva de Gardnerella vaginalis, anaerobios (mobiluncus y bacteroides) y micoplasmas con disminución de los lactobacilos, como resultado hay un incremento del pH vaginal y liberación de aminas fétidas.

Lo pueden presentar hasta un 15% de las niñas en edad escolar, aunque es más frecuente en mujeres con actividad sexual.

Clínica: característicamente el flujo es fétido, amarillento, abundante y fluido. El prurito es menos llamativo que en las micosis y puede no existir.

Exploración: signos inflamatorios más discretos que en las micosis, incluso puede ser todo normal, excepto el exceso de flujo maloliente, con pH mayor de 4,5.

Examen en fresco: al añadir el KOH al 10%, se produce la liberación de aminas que producen un olor característico similar a pescado (prueba de la amina positiva). Al microscopio se observa un frotis "sucio", con muchos granulocitos y microorganismos que se adhieren a la membrana de las células epiteliales (células rebozadas, guía o

Shock tóxico

Exotoxinas y enterotoxinas de estafilococo dorado y estreptococo A

Mortalidad 5-10%

clave); existe disminución de “bastoncillos” correspondientes a los lactobacilos.

Diagnóstico: si se cumplen tres de los siguientes criterios (Amsler).

- pH > 4,5% (presente en el 97%).
- Flujo homogéneo adherido a paredes vaginales (en el 69%).
- Positividad a la prueba de aminas (presente en el 43%).
- Mas de un 20% de células guía en el frotis en fresco.

Riesgos: endometritis-enfermedad inflamatoria pélvica y durante el embarazo corioamnionitis, amenaza de parto prematuro y rotura prematura de membranas.

Tratamiento: sólo es preciso si existe clínica.

- Tópico:
Clindamicina en crema al 2% /noche, 7 noches.
Metronidazol óvulos de 500 mg/noche, 5 noches.
- Oral:
Metronidazol: 500 mg/12 horas, de 5 a 7 días.
2 gramos (en dos tomas).
Clindamicina: 300 mg/12 horas, 7 días.
Amoxicilina 500 mg/8 h, 8 días (con clavulánico).

Gestación: igual, procurando evitar el uso de metronidazol en el primer trimestre.

El tratamiento para la pareja es el mismo y se realiza sólo si el varón es sintomático o existe mala respuesta al tratamiento.

Recurrencias: al finalizar el tratamiento médico, se pueden utilizar geles para disminuir el pH vaginal y recolonizar la vagina con lactobacilos. Tratar al varón.

Recomendaciones para su prevención

Traumatismos accidentales

Hematomas por caída sobre objetos romos

VULVOVAGINITIS POR OXIUROS

Se produce por la migración del parásito a vagina desde la región anal. Típicamente el prurito es intenso y de predominio nocturno, en la región anal y vulvo-perineal.

Exploración: irritación vulvar y perineal. A veces se visualiza el parásito en vagina.

Diagnóstico: por visualización del parásito o de los huevos depositados en la región anal (prueba de la cinta de celo). Pensar en esta posibilidad ante un prurito de predominio nocturno, presentado también por otros convivientes.

Tratamiento:

- Mebendazol: 100 mg/día, se repite a los 10 días.
- Palmoato de Pirvinio: 10 mg/kg/día, se repite a los 10 días.

SHOCK TÓXICO

Descrito por primera vez en los años 80 en Estados Unidos en adolescentes usuarias de tampones, durante la menstruación. Hoy se sabe que el cuadro puede afectar tanto a hombres como mujeres por la liberación de exotoxinas y enterotoxinas. producidas por estafilococo dorado (TSST-1) y estreptococos del grupo A, responsables de infecciones localizadas (abscesos cutáneos, neumonías, osteomielitis).

El shock tóxico asociado a la menstruación, es un cuadro poco frecuente (1,5 por 100.000) con un pico de incidencia al 4º día y en relación con la exotoxina-1 del estafilococo dorado. También se han descrito en usuarias de diafragmas y esponjas vaginales.

Clínica: el cuadro es grave, con una mortalidad del 5-10%. Se inicia con un rash cutáneo, fiebre, vómitos y diarrea que va seguido de la afectación de distintos órganos o sistemas (shock), llevando a

Traumatismos sexuales

Desfloración

Tras coitos posteriores

Violación

la muerte por fallo multiorgánico si la actuación no es rápida.

Tratamiento: retirada del tampón y tratamiento del shock. Se utilizarán penicilina frente estafilococos durante al menos 14 días.

Lavados vaginales con suero, povidona, gentamicina o vancomicina.

Tener en cuenta riesgo de contagio de ETS y de embarazo

Recurrencias: ocurren en un 30% de las adolescentes. Se puede intentar evitarlas con las siguientes recomendaciones:

- Evitar el uso de tampones los 6 meses siguientes al cuadro.
- Evitar el uso continuado (alternar con compresas por las noches).
- Cambios frecuentes e inserción correcta (sin introducir aire).
- Retirada inmediata del tampón y acudir al médico si aparece fiebre, rash, vómitos o diarrea.

Mutilaciones sexuales

TRAUMATISMO GENITAL

TRAUMAS ACCIDENTALES

Son los más frecuentes en la adolescencia. Se producen por caídas a horcajadas sobre sillas, bicicletas, aparatos de gimnasia etc.

Los objetos romos provocan hematomas que son dolorosos y autolimitados. Según el tamaño y la localización pueden provocar compromiso uretral con disuria, hematuria y/o retención urinaria.

Circuncisión

Clitoridectomía

Si existen heridas, se recomienda profilaxis antibiótica por el alto riesgo de infecciones, y valorar la necesidad de hacer profilaxis antitetánica.

Tratamiento:

Pequeños: frío local las primeras 24 horas, y observación. Si existen laceraciones o heridas incisas, se limpian con suero y se realiza cobertura antibiótica. Sólo se suturarán incisiones profundas, sangrantes y con bordes separados.

Infibulación

Si el hematoma crece o es grande (más de 15 cm) se deben drenar para aliviar el dolor y permitir la hemostasia de los vasos sangrantes.

Episiotomía

Para el dolor: analgesia y baños de asiento fríos con soluciones antisépticas.

Complicaciones

Retención vesical: baños de asiento tibios, antiespasmódicos, antiinflamatorio. Sondaje o catéter suprapúbico.

Traumatismo vaginal profundo: son raros pero pueden producir desgarros vasculares que generan hematomas retroperitoneales. Suelen ser autolimitados pero precisan control estricto con reposición de la volemia. Raramente es necesaria la laparotomía.

TRAUMATISMOS SEXUALES

Desfloración: consiste en el desgarro del himen, que suele ocurrir durante el primer coito y a veces se acompaña de dolor y hemorragia moderada, aunque es excepcional que requiera asistencia médica.

Un desgarro mayor que el fisiológico, puede interesar a una arteriola que requiera taponamiento o sutura.

Traumatismo tras coitos posteriores: en una relación tras largos períodos sin ellas, coitos o juegos sexuales violentos, mujeres con vaginismo, tras una plastia o episiotomía etc. Se pueden producir desgarros en los labios, introito, creación de falsas vías etc., que cursan con dolor y hemorragia.

Traumas obstétricos

Tratamiento: reparación y hemostasia.

Violación: se producen traumatismos similares a los descritos aunque de mayor importancia (laceraciones y hematomas). A veces se interesa la mucosa rectal y el esfínter anal.

En estas situaciones es importante también proteger los derechos legales y psicológicos.

Exploración: buscar signos de violencia (magulladuras, arañazos), integridad del himen, desgarros, laceraciones vaginales.

- Recogida de vello púbico desprendido.
- Recogida de muestras sanguíneas para serologías y de flujo vaginal que se repite a la semana y a las 4 semanas.
- Estudio en fresco de muestra endocervical y de fondo de saco para evaluar presencia de espermatozoides y su movilidad.
- Análisis de manchas en pubis y ropa con luz ultravioleta, que resalta el esperma.
- Valorar el riesgo de embarazo y prevención si procede.

TRAUMATISMOS “VOLUNTARIOS”: MUTILACIONES SEXUALES

Pueden ser el resultado de una automutilación, sadismo, o tener carácter punitivo, pero lo más frecuente es que formen parte de los ritos de iniciación a la adolescencia, que todavía tienen lugar en muchos países por motivos culturales sociales o religiosos. Estas prácticas se realizan en la actualidad en 26 naciones de África y afectan a más de 100.000 mujeres en todo el mundo. Suelen practicarse en torno a los 10 años en condiciones higiénico-sanitarias deficientes en algunos casos.

- Circuncisión: resección del capuchón clitorídeo (musulmanes de Malasia e Indonesia).
- Excisión o Clitoridectomía: extirpación del clítoris con una porción de labios menores (África negra).

- Infibulación (Malí, Sudán, Somalia): extirpación del clítoris y labios menores con avivamiento de los mayores que se suturan entre sí dejando un pequeño orificio para la excreción de orina y sangre menstrual. Se reaviva tras el casamiento previo al primer coito y se amplía el orificio un poco más, previo al parto para resuturarlo después.
- Episiotomía ritual en la pubertad (aborígenes australianos).

Complicaciones: las presentan mas del 85% de las mujeres.

- Inmediatas: dolor intenso que puede llevar al shock neurógeno, hemorragia, infección, disuria, retención urinaria.
- A medio plazo: dolor intenso en la zona de la cicatriz, disuria, dispareunia, infecciones urinarias.
- A largo plazo: esterilidad por infecciones ascendentes, quistes y abscesos de Bartholino, problemas sexuales y psicológicos en la mujer, y traumas importantes durante el parto.

Aunque en nuestra cultura no se realizan estas prácticas, cada vez es más frecuente encontrar mujeres con este tipo de problemas por los movimientos migratorios, por lo que debemos de estar preparados para prestar atención médica y psicosexual a estas pacientes.

TRAUMATISMO OBSTÉTRICOS

Se refiere a los ocurridos durante el parto y son equiparables en diagnóstico y tratamiento a los de la mujer adulta.

BIBLIOGRAFÍA

- Hajj S., Evans MJ. Diverticula of the female urethra. *Am j. Obstet Gynecol.*, 136: 335, 1980.
- Herbst AL., Norusis MJ., Rosenow PJ. et al. An analysis of 346 cases of clean-cell adenocarcinoma of the vagina and cervix with emphasis on recurrence and survival. *Gynecol oncol*, 7: 111, 1979.
- Herriot SJ., Laufer MR., Goldstein DP. editores: vulvovaginal complaints in the adolescent. En. *Pediatric and Adolescent Gynecology*. 4.^a ed., Lippincott-Raven Publishers Philadelphia, 423-455, 1998.
- Hilgers RD. Pelvic exenteration fon vaginal embryonal rhabdomyosarcoma a review. *Obstet Gynecol* 45, 175: 18, 1991.
- Houghton PJ., Shapiro DN., Houghton JA. Rhabdomiosarcoma. *Pediatr Clin North Am.*, 38: 349, 1991.
- Kaufman RH., Borstein J., Adan E. et al. Human papillorvirus an herpes simplex virus in vulvar squamous cell carcinoma in situ. *Am. J. Obstetret Gynecol*, 158: 862, 1998.
- Kaufman RH., Faro S. Enfermedades benignas de la vulva y la vagina: tumores quísticos. Ed. Mobby/Doyma Libros S. A.Madrid., 208: 248, 1996.
- Knight R., Hotchin A., Bayly C., Grover S. Female genital mutilation: experience of the Royal Women's Hospital, Melbourne. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*, 39(1): 50-4, 1999.
- Kumar APM., Wrenn EL., Flming ID. et al. Combined therapy to prevent complete pelvic exenteration fon rhabdomyosarcoma of the vagina or uterus. *Cancer* 37, 118: 122, 1976.
- Litt IF. Toxic shock syndrome: an adolescent disease. *Journal of Adolescent health care* 4(4) 270-4, 1983.
- Marples RR., Wieneke AA. Enterotoxins and toxic-shock syndrome toxin-1 in non-enteric staphilococcal disease. *Epidemiol Infect*, 110: 477, 1993.
- Ortiz ET. Female genital mutilation and Public Health: Lesson from the Brithis experience. *Health Woman Int Care*, 19(2): 119-29, 1998.
- Sane D., Pescoritz OH. The clitoral index a determination of clitoral size in normal girls an girls with anormal sexual development. *J. Pediatr*, 120: 264, 1992.
- Shafer MA., Sweet RL., Ohm-Smith MS. et al. Microbiology of the lower tract in postmenarchal adolescent girls: differences by sexual activity, contraception, and presence of non specificis vaginitis. *J Pediatr.*, 107: 974, 1985.
- Todd J., Fishaut M., Kappral F. et al. Toxic shock syndrome associated with phage group-1 staphylococci. *Lancet*, 2: 1116,

1978.

Zeiger NJ., Zeiger BK. Vulva, vagina y cuello: infancia y

adolescencia. Ed. Médica Panamericana S.A. Buenos Aires,

197: 220, 1996.