Revista chilena de pediatría
ISSN 0370-4106 *versión impresa*

Rev. chil. pediatr. v.70 n.3 Santiago mayo 1999

Genitorragia

Ivonne Rivas B.[1]

1.Clínica Las Condes, Unidad de Ginecología.

Denominamos genitorragia el sangramiento genital sin precisión de origen (vulvar, vaginal o uterino). Es un signo alarmante para la niña y sus padres, y también para el médico que la enfrenta, ya que puede obedecer a un amplio espectro de causas: infecciones (vulvovaginitis), traumatismos, enfermedades genitourinarias, tumores, alteraciones hormonales o a trastornos de la coagulación.

La vulvovaginitis es la causa más frecuente de genitorragia. Cualquier vulvovaginitis puede producir sangramiento porque la infección destruye el delgado revestimiento epitelial de la mucosa vaginal. Los microorganismos que con mayor frecuencia provocan genitorragia son *Shigella*, *Streptococcus* y *Sthaphylococcus*. La *Shigella flexneri* produce un sangramiento intenso similar a una menstruación, en 70% de los casos corresponde a la *Shigella flexneri*, pero también puede ser producida por *Shigella sonnei*; por otra parte 50% de los casos producidos por estos agentes sangran y en 12% se acompaña de diarrea. El Streptococo B Hemolítico Grupo A *(St. pyogenes)* produce una vulvovaginitis con gran cantidad de hemopus de mal olor, espesa, persistente y que a veces se encuentra asociada a amigdalitis pultácea o adenoiditis. El *Sthaphylococcus aureus* produce una sintomatología semejante.

La existencia de cuerpos extraños intravaginales se presenta con secreción vaginal fétida, a veces con sangre. Pueden ser cuerpos extraños grandes como pinches, tapas de lápices, espigas de pasto, o bien corresponder a pequeños trozos de papel higiénico que dan lugar a vulvovaginitis crónicas.

Cuando en la anamnesis existe el antecedente de una caída a horcajadas en bicicleta, en aparatos de gimnasia u otros, permite suponer el origen traumático de la genitorragia; sin embargo, siempre debe descartarse el abuso sexual, aun sin el antecedente. El manejo de las lesiones traumáticas es en general conservador e incluye hemostasia, aseo y reposo.

Si bien los sangrados genitourinarios no son genitales, se consideran como tales por la dificultad en el diagnóstico diferencial en una primera instancia. Incluyen la cistitis hemorrágica que se presenta en un pequeño porcentaje de las infecciones urinarias y el prolapso uretral que aparece al examen físico como un rodete color rojo vinoso que semeja un tumor vaginal y que cuando es de gran tamaño cubre el orificio himeneal.

Deben tenerse siempre presentes en cualquier genitorragia los tumores benignos como pólipos vaginales y hemangiomas, y también los malignos. El más importante es, sin duda, el rabdomiosarcoma embrionario que nace de la parte superior de la vagina o del cuello uterino y se extiende a vejiga y útero; su pronóstico ha cambiado con la quimioterapia que evita la cirugía mutilante de antaño, siendo fundamental para esto su diagnóstico precoz. Desde el punto de vista clínico se presenta con sangramiento vaginal o secreción vaginal hemopurulenta y luego eliminación de "cuerpos tumorales" que tienen el aspecto de uvas, en conjunto el tumor aparece como un racimo de uvas. La necesidad de realizar el diagnóstico de tumores tanto benignos como malignos es la razón principal de la indicación de vaginoscopia en la genitorragia.

La pubertad precoz verdadera (con activación del eje hipotálamo-hipófisis-gonadal) rara vez se presenta como una menarquia precoz sin que la antecedan la telarquia, pubarquia y el aumento de la velocidad de crecimiento; sin embargo, en la literatura se describen algunos casos de pubertad precoz periférica (es decir, sin activación del eje puberal) que se han manifestado por menarquia. En estos casos la presencia de niveles altos de estrógenos de origen exógenos (por ejemplo debido a la ingestión de anovulatorios accidental en altas dosis) o endógenos (como ocurre en el síndrome de Mc Cune Albright, caracterizado por pubertad precoz, manchas café con leche y displasia poliostótica) estimulan el crecimiento del endometrio antes de alcanzar a producir desarrollo mamario. La pubertad precoz se debe sospechar cuando hay desarrollo mamario, vello pubiano y aceleración del crecimiento, pues tanto en la pubertad precoz verdadera como en la periférica la primera consulta puede haberse producido al presentarse la menarquia.

Dentro de los trastornos de la coagulación, el púrpura trombocitopénico idiopático (PTI) y enfermedad de Von Willebrand deben considerarse como posibles causas de genitorragia, se plantean especialmente cuando hay antecedentes de sangramientos en otras partes, como por ejemplo epistaxis frecuente

ENFOQUE CLÍNICO

Frente a una genitorragia debemos tener presente el amplio espectro de posibilidades diagnósticas descritas y su estudio debe ser acucioso hasta llegar a encontrar la causa usando todos los medios diagnósticos de que disponemos con criterio clínico.

En la anamnesis, que debe ser completa, hay que buscar en forma dirigida antecedentes de traumatismo (abdominal, pélvico, vulvar, antecedentes de abuso sexual), enfermedades sistémicas y trastornos de la coagulación. Debemos preguntar por las características del sangramiento: cantidad, perioridicidad, duración, coloración (sangre roja, café, hemopus) y la presencia de hematuria.

El examen físico también debe ser completo, buscando dirigidamente la presencia de alguno de los siguientes elementos: aceleración de la velocidad de crecimiento en la curva de crecimiento; en la piel palidez, petequias o equimosis; en el abdomen la palpación de puntos dolorosos o masas abdominales. Clasificar desarrollo mamario y vello púbico según estadios de Tanner, así como constatar la existencia de olor axilar tipo adulto. El examen ginecológico debe incluir la inspección y palpación de la vulva, buscando en labios mayores hematomas o erosiones dérmicas; en labios menores es importante constatar el grado de desarrollo por estímulo hormonal y la presencia de lesiones; en el introito vaginal edema, congestión, secreción, sangre o lesiones; en el meato uretral edema, color, prolapso o sangre; en himen buscar la existencia de desgarros y no olvidar ver si el sangramiento procede de la vagina. La palpación rectoabdominal permite definir características uterinas como tamaño (para

diferenciar si es pre o pospuberal), consistencia y sensibilidad, así como las características de los anexos. También permite descartar cuerpos extraños duros intravaginales.

La vaginoscopia realizada con vaginoscopio con fuente de luz fría (Huffman-Huber, Cameron-Muller, etc.), o bien si no se dispone de ellos utilizando otoscopios veterinarios, permite observar las paredes vaginales, si hay congestión, puntos sangrantes, secreción, presencia de cuerpos extraños y extraerlos, buscar tumores como pólipos, hemangiomas, rabdiomiosarcoma o cuerpos tumorales de él y también tomar biopsias o muestras pericervicales para cultivos de secreción vaginal.

De los exámenes de laboratorio pueden orientar o definir la causa de la genitorragia el examen de orina y urocultivo, examen flujo vaginal (fresco, Gram, cultivos especiales, investigación de Tricomonas, *Chlamydia tracomatis,* etc.), estudio parasitológico de deposiciones, el hemograma con recuento de plaquetas, screening de coagulación y tiempo de sangría. El colpocitograma es un examen importante cuando sospechamos una pubertad precoz o seudopubertad precoz por estrógenos exógenos o endógenos (ACO, estrógenos, tumor de las células de la granulosa), así como las determinaciones hormonales de estradiol plasmático, test de LHRH, ultrasonografía pelviana, radiografía de carpo (edad ósea), TAC de hipotálamo- hipófisis si se confirma una pubertad precoz central y en forma excepcional cuando sospechamos un síndrome de Mc Cune Albright, un cintigrama óseo.

El tratamiento de la genitorragia es específico, dependiendo de la etiología del cuadro, motivo por el cual es imprescindible realizar el estudio pertinente que conduzca a aclarar su causa.

© *2008 Sociedad Chilena de Pediatría*

Alcalde Eduardo Castillo Velasco 1838
Ñuñoa, Santiago
Casilla 593-11
Teléfono: 2379757 - 2371598

Fax: 238 0046

e-Mail
contacto@sochipe.cl