

SANGRADO GENITAL EN NIÑAS.

Dr. José Eduardo Landaeta Echarry.

1.- Concepto:

Se define como todo sangrado en una niña prepúber (usualmente menor de 8 años), impreciso, de volumen y cantidad variable y proveniente de útero vagina, cuello uterino o vulva.

Se le conoce también con los nombres de genitorragia o sangrado genital pre puberal.

La genitorragia en niñas pre púberes representa un motivo de consulta poco frecuente pero clínicamente relevante en pediatría y Ginecología pediátrica o Infanto Juvenil.

Su prevalencia es baja y se estima entre 0,1-0,3% en centros de atención primaria, mientras que su incidencia en servicios de urgencias pediátricas se ubica entre 0,4 a 1,2 por 1000 consultas pediátricas.

Si consideramos su manifestación clínica por grupos etarios, podríamos considerar que la genitorragia en la recién nacida puede corresponder a episodios de sangrado vaginal de etiología funcional por privación estrogénica neonatal (3-5 % de prevalencia); mientras que un episodio de sangrado en niñas mayores y antes de los 8 años de edad debe ser considerado siempre patológico y requiere evaluación exhaustiva inmediata y especializada.

La etiología del sangrado genital en niñas pre púberes es de carácter multifactorial y la presencia de factores predisponentes como el hipo estrogenismo presente en las mucosas y epitelios de revestimiento a nivel del tracto genital en niñas durante las etapas pre escolar y escolar junto a factores asociados como estreñimiento crónico, parasitosis e inadecuadas técnicas para el aseo genital, pudieran predisponer a esfacelo de la mucosa, tornándola friable y por consiguiente sangrante.

2.- Etiología.

En la mitad de los casos no se identifica un factor específico que justifique el sangrado genital en la niña menor de 8 años, por tanto, obedece a causas locales y factores asociados que deben ser identificados; en revisiones de carácter retrospectivo en Ginecología Infanto juvenil, las causas más frecuentes de genitorragia en niñas pre púberes son:

Vulvovaginitis inespecíficas con o sin dermatosis vulvares (30 -50 %).

Abuso Sexual Infantil (10-20 %).

Cuerpo extraño endovaginal (5-10 %).

Pubertad Precoz Central y / o Periférica (5-10 %).

Trastornos Hemorrágicos o Discrasias Sanguíneas (menor al 5 %).

Tumores Genitales (quistes, Pólipos fibroepiteliales, mesenquimatosos como el rabdomiosarcoma, prolapso de mucosa uretral, hemangiomas vulvares (menor al 5 %)

3.- Presentación Clínica.

Asintomáticos: el sangrado puede ser notado en el pañal o ropa interior de la niña por su madre, o bien por el pediatra en la evaluación genital de consulta.

Sintomática: es más frecuente que presente el sangrado a través de genitales como síntoma cardinal y motivo de consulta, asociado o no a signos y síntomas como disuria, polaquiuria, dificultad para la micción, sugestivos de infección urinaria, flujo genital persistente previo al sangrado o modificado, fétido y purulento, signos clínicos de Vulvovaginitis (tatuaje dérmico vulvar, hiperemia) o presencia de tumores en uretra, vulva o vagina.

4.- Factores de riesgo.

Edad entre 2 y 8 años (reposo hormonal).

Bajo nivel socio económico.

Síndrome anémico.

Familia no estructurada.

Vivienda en condiciones desfavorables.

Déficits nutricionales.

Patologías de base (cardíacas, respiratorias, neurológicas, mal formativas)

5.- Diagnóstico y abordaje clínico

El diagnóstico es fundamentalmente clínico en base a los hallazgos encontrados en la exploración genital en la niña como parte del examen físico integral pediátrico y ginecológico.

Debemos enfocar nuestro abordaje clínico en estos tres principales puntos:

a.- Historia clínica completa: que incluya edad, inicio, duración, factores asociados, síntomas urinarios, antecedentes médicos, exposición a hormonas, medicamentos, inicio y evolución del estadio puberal (uso de escala madurativa de Sileo), hábitos higiénicos, comorbilidades, entre otros.

b.- Confirmar origen del sangrado: diferenciar sangrado vaginal vs urinario y / o rectal.

c.- Evaluar severidad: compromiso del estado general, sangrado visible y activo, hemodinámicamente estable o no.

6.- Diagnóstico diferencial.

El diagnóstico diferencial del sangrado vaginal en niñas prepuberes debe ser meticuloso en función de las múltiples etiologías que pueden generar sangrado vaginal en menores de 8 años y se basa en diferenciar sangrados provenientes del tracto urinario como:

- a. Infeccion urinaria que curse con hematuria macroscopica (comun en niñas, cursa con disuria, urgencia, dolor suprapubico o lumbar, examen de orina patologico, urocultivo positivo) GRADE B.
- b. Cistitis Hemorragica, cursa con hematuria macroscopica, dificultad para miccionar, disuria, de causa bacreriana, viral o farmacologica, examen de orina patologico, urocultivo positivo, ecografia ´pelvica GRADE B.
- c. Traumatismos Uretrales y / o vesicales. Antecedentes de traumatismo o accidentes por caidas con piernas separadas, edad preescolar, manipulacion, abuso sexual, etc. Cursa con disuria hematuria macroscopica, edema periuretral, confirmar integridad de introito vaginal e himen. GRADE B.

Tambien debe diferenciarse de sangrados provenientes del intestino y ano recto como:

- d.- Fisura Anal; estreñimiento cronico, dolor al defecar, sangrado rojo rutilante sobre heces o papel higienico. GRADE B.
- e.- Trauma anorectal, accidental o no accidental (abuso sexual). Descartarlo siempre en prepuberes. GRADE B.
- f.- Causas infecciosas: proctitis bacteriana, colitis infecciosa y algunas parasitosis intestinales, cursan con fiebre dolor abdominal y diarrea sanguinolenta con o sin moco.

7.- Paraclínicos:

En casos de genitorragia en menores de 8 años de edad.

- 1.- Ecografia pelvica (recomendación fuerte. Evidencia moderada (GRADE 1B).
- 2.- RMN en sospecha de tumor o malformacion asociados (recomendación fuerte Evidencia moderada. GRADE 1B).
- 3.- Cultivo de secrecion vaginal, ante sospecha de vulvovaginitis hemorragica (recomendación debil evidencia baja GRADE 1C).
- 4.- FSH, LH y E2, edad osea radiologica, evaluacion endocrinologica Test LH-RH ante sospecha de Pubertad Precoz, (recomendación fuerte. Evidencia moderada (GRADE 1B).

8.- Tratamiento terapeutico.

Este debe ir enfocado en reducir o yugular el episodio de sangrado genital a traves del uso de farmacos con efecto antihemorrágico; tales como: Acido Tranexanico en comprimidos de 500 mg a la dosis de 15-25 mg / kg dosis cada 6-8 horas via oral o por via endovenosa (ampollas de 500 mg / 5ml) a razon de 10-15 mg/kg dosis cada 6-8 horas hasta un maximo de 1 gr cada 8 horas según magnitud del sangrado o genitorragia; tambien puede emplearse por via oral la ciclomina (Etamsilato) en tabletas 500 mg, dosis 10-12 mg /kg de peso corporal, El resto del tratamiento y conducta asumida va a depender de la causa que origine el sangrado en la niña.

Diagnostico	Tratamiento	Nivel de evidencia
Vulvovaginitis	Modificacion habitos higienicos Uso de jabon neutro, cultivo de Secresion vaginal positivo asociar Antibioticoterapia según patron De sensibilidad.	GRADE 1B
Cuerpo extraño	Extraccion del mismo bajo sedacion	GRADE 1B
Prolapso de Mucosa Uretral	Baños de asiento con sustancias con efecto astringente, estrogenos por via Topica. Ante fracaso exeresis quirurgica	GRADE 1C
Pubertad Precoz	Analogos de GnRH si es central Referir a Ginecologia Pediatrica para Tumorectomia si es periferica.	GRADE 1A
Tumores vaginales	Referir Ginecologia Pediatrica Oncologia, cirugia, quimioterapia	GRADE 1B
Traumatismo Vaginal		
Hematomas, laceraciones	Considerar abuso sexual, TBA	GRADE 1A.
Compromiso de himen	activar protocolos de ABS	
Trastornos hematologicos (sangrado persistente sin causa aparente).	evaluacion por hematologia Tratamiento sustitutivo (plasma fresco, plaquetas Factores de coagulacion)	GRADE 1B.

TBA: tacto bajo anestesia en quirófano general.

ABS: abuso sexual.

9.- Signos de alarma.

Se debe informar a los cuidadores acerca de los siguientes signos de alarma que indiquen empeoramiento del cuadro clínico o la posibilidad de una causa grave subyacente al sangrado genital en la niña que requiera atención médica inmediata o especializada,

Hemorragia activa o abundante.

Hemorragia persistente más allá de 7 días.

Presencia o aparición de signos psicológicos y / o físicos que sugieran posible abuso sexual.

Evidencia clínica de una ITS.

Rápido deterioro del estado general (vómitos, deshidratación. Signos de hipovolemia).

Secreción vaginal fétida o de aspecto purulento posterior a sangrado crónico o recurrente.

Aceleración del crecimiento y de la madurez puberal en una niña con sangrado vaginal.

Equimosis o petequias generalizadas, sangrados prolongados con heridas o extracciones dentales.

Exposición inadvertida a cremas con estrógenos o anticonceptivos orales.

10.- ¿Cuándo derivar al hospital?

Se debe garantizar en el consultorio de especialidades privado o centro de atención primaria en salud, la estabilidad hemodinámica de la niña que presenta sangrado genital de consideración y que compromete su volemia según la causa que origine el sangrado, hasta que las condiciones clínicas permitan un traslado a un centro hospitalario de acuerdo a los recursos disponibles en el centro de salud para garantizar un traslado y posterior ingreso a un centro hospitalario en las mejores condiciones clínicas posibles.

Tratamiento hospitalario.

La niña que ingresa por urgencias pediátrica con sangrado vaginal profuso que compromete su volemia debe ingresar a una unidad de cuidados intermedios y garantizar una hidratación generosa y adaptada a sus condiciones de peso y edad, debe asociarse tratamiento vía endovenoso con ácido tranexámico y de existir una causa infecciosa asociar tratamiento específico, en los casos donde la causa identificada corresponde a traumatismo genitales importantes, lesiones, desgarros o laceraciones por abuso sexual, o causas de índole tumoral deben ser sometidas a resolución quirúrgica inmediata según el caso luego de su estabilidad hemodinámica y con seguridad recibir transfusiones sanguíneas durante el procedimiento en quirófano general.

11.- Recomendaciones.

Iniciar evaluación inmediata en niñas con sangrado genital sin causa conocida (fuerte recomendación, evidencia de calidad moderada GRADE 1B)

No se debe asumir la causa sin una evaluación física previa.

No realizar tacto vaginal ni rectal en niñas con sangrado genital-

La sospecha de abuso sexual obliga a referir para manejo interdisciplinario inmediato.

Cuando exista limitación para el examen físico ginecológico en busca de la causa del sangrado en niñas o distorsión de la anatomía genital, se debe acudir a otros métodos como el TBA o la evaluación endoscópica bajo sedación (vaginoscopia, cistoscopia).

12.- Prevención.

Se debe informar a los cuidadores la necesidad de ejecutar, supervisar e instruir acerca de una adecuada técnica de aseo genital en las niñas, que incluya uso de jabón adecuado a la edad (pH neutro), ropa interior de algodón no ajustada, evitar uso de pañales en niñas mayores y sustancias con efecto irritativo local como jabones perfumados, duchas vaginales o toallitas de uso diario.

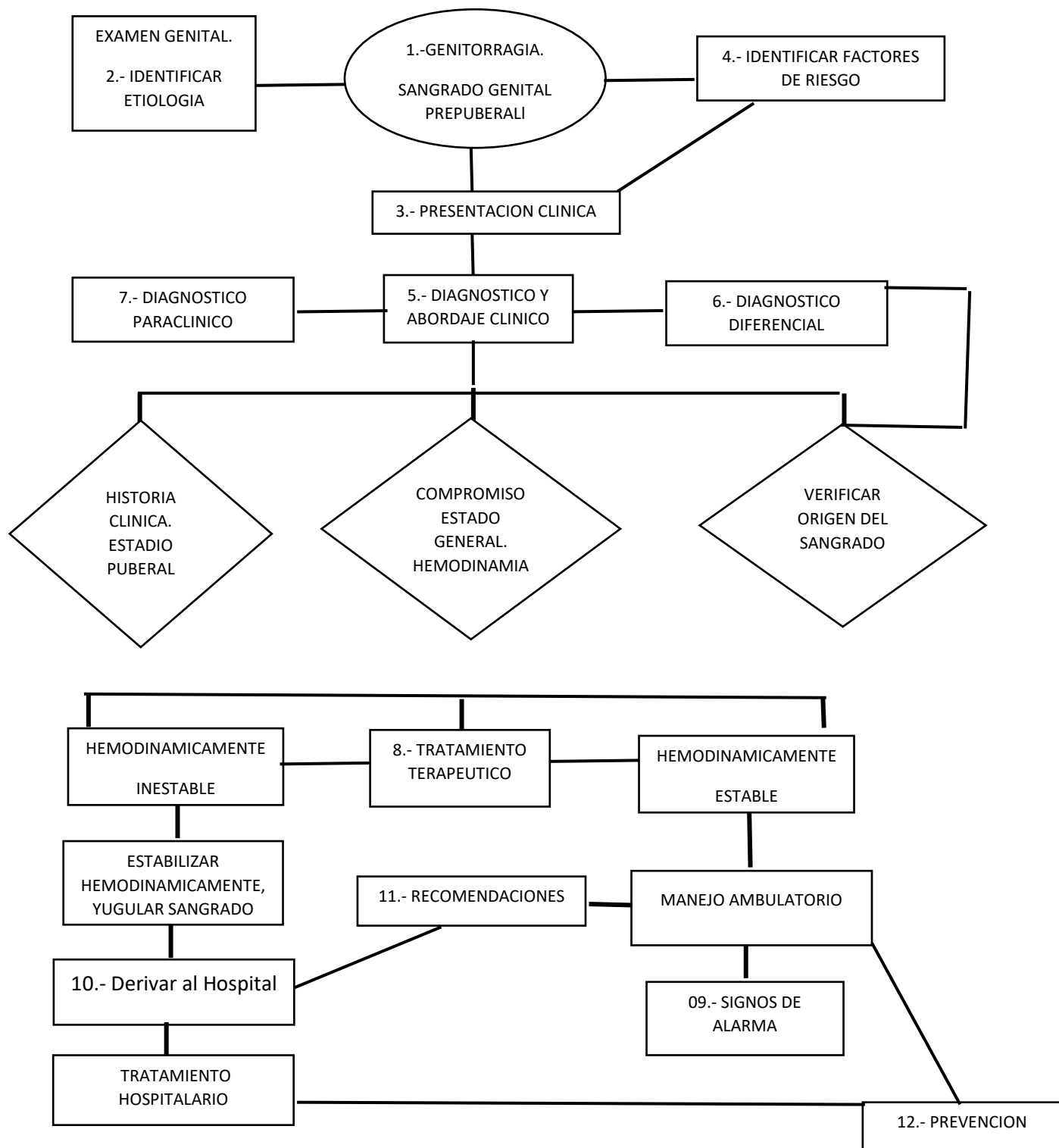
Limitar el uso de esteroides y antibióticos a largo plazo que alteren la microbiota vaginal, así como también deben tratarse oportunamente las infecciones urinarias, respiratorias y gastrointestinales que puedan con el tiempo provocar infecciones vulvovaginales secundarias.

Supervisar el baño de las niñas y evitar baños prolongados con burbujas en las niñas.

Enseñar a la niña sobre el cuidado y el valor de su cuerpo y que aprenda a identificar toques inapropiados, además de limitar y supervisar la interacción con otros adultos.

Acudir al pediatra ante cualquier signo de irritación de la zona genital.

Supervisar los juegos en el hogar o en lugares con riesgo potencial de trauma genital (parques infantiles).



Para profundizar acerca de este tema puedes consultar:

MSD Manual. Sangrado vaginal en niñas. Ginecología y Obstetricia
<https://www.msdmanuals.com/ginecología-y-obstetricia>.

Asociación Española de Pediatría (AEP)
<https://enfamilia.aeped.es/temas-salud/epistaxis-san-vag>.

[MSD Manuals. Sangrado vaginal en lactantes y niñas-salud femenina.](https://www.msdmanuals.com/hogar/salud-femenina)
<https://www.msdmanuals.com/hogar/salud-femenina>.

Referencias

- 1.- ACOG. Committee Opinion Nro 749. (2022). Evaluation of vaginal bleeding in the prepubertal child.
- 2.- Emans SJ, Laufer MR, Goldstein DP. Pediatric and Adolescent Gynecology. 7th. Ed. LWW. 2019.
- 3.- Jose E Landaeta, Elsa J Lara, Margarita Castro C, Ruth Salas, Ada M Vargas. Etiología del sangrado genital en niñas prepuberes. Tres casos clínicos. Rev. Salus UC. 2019. 23 (1): 17-22.
- 4.- Committee on Adolescence. American Academy of Pediatrics. The evaluation of genital bleeding in prepubertal girls. Pediatric. 2013.
- 5.- Asha Short, Andrea Sit, Brigitte Gerstl, Hayley Mallinder. Vaginoscopy to investigate vaginal bleeding and discharge in prepubertal girls. J Obstet Gynaecol. 2025. 65 (1): 140-146.
- 6.- Alejo N. Cavadas. Sangrado genital por cuerpo extraño en niñas prepuberales: a propósito de un caso. Revista del hospital italiano de Buenos Aires. 2022. 42 (1): 37-40.
- 7.- J. Flandrin, L. Duranteau. Hemorragias genitales prepuberales. EMC-Ginecología-Obstetricia. 2019; 55 (3): 1-12.
- 8.- Shannon M Fan et al. Traumatismo genital pediátrico y adolescente femenino: un análisis retrospectivo del Banco Nacional de Datos de Trauma. Pediatr. Surg. Int. 2020; 36 (10): 1235-1241.
- 9.- Jhinna Zhang et al. Sangrado vaginal prepuberal: una serie de casos de pacientes hospitalizados en un solo centro en Fujian, China. Revista de Ginecología Pediátrica y del Adolescente 2020; 33 (2): 120-124.
- 10.- Fernandez- Cuesta- Valcarce MA, Alvaro Gomez A, Fernandez-Cuesta-Morin C, Fernandez-Ruano J. Patología ginecológica en la edad prepuberal. Revista Asociación Española de Pediatría. 2024; 17 (4): 122-128.
- 11.- Armand Mayala MA, Philippe Lukanu Ngwala, Jean-Pierre Fina Lubaki. Diagnóstico y tratamiento de un prolapso uretral en una niña de 6 años; reporte de un caso. Pan. Afr Med. 2021; 39 (1): 284.

12.- Jose E Landaeta, Elsa Lara, Marisa David, Patricia Zibaoui. Tratamiento medico quirurgico del prolapso de mucosa uretral en niñas. Revision de cinco casos clinicos. Revista Salus UC.2007; 11 (2): 21-27.