

BMJ Best Practice

Evaluación de la dispareunia

Directamente al punto de atención



Última actualización: Dec 31, 2024

Tabla de contenidos

Descripción general	3
Resumen	3
Teoría	4
Etiología	4
Urgencias	5
Consideraciones de urgencia	5
Diagnóstico	6
Abordaje	6
Resumen de diagnósticos diferenciales	13
Diferenciales	15
Referencias	31
Imágenes	35
Descargo de responsabilidad	40

Resumen

La dispareunia, o relación sexual dolorosa, es un síntoma frecuente entre las mujeres.

Epidemiología

La prevalencia de la dispareunia varía ampliamente según la población de la cual se obtengan las muestras y según cómo se defina. Las revisiones sistemáticas informan que la prevalencia de la dispareunia oscila entre el 8% y el 35%.^[1] ^[2] Una encuesta realizada en el Reino Unido reveló que el 7.5% de las mujeres sexualmente activas declaraban tener relaciones sexuales dolorosas.^[3] Se calcula que en Estados Unidos la dispareunia afecta a entre el 10% y el 20% de las mujeres.^[4] ^[5]

Clasificación

La dispareunia y el vaginismo se han agrupado como trastorno de dolor/penetración genitopélvico en el DSM-5-TR.^[6] Se clasifica como dificultad persistente o recurrente en la penetración vaginal, dolor pélvico o vulvovaginal marcado durante o mientras se intenta la penetración, miedo o ansiedad por el dolor antes, durante o después de la penetración, y tensión o tensión de los músculos del suelo pélvico cuando se intenta la penetración.^[7] Los criterios del DSM-5-TR especifican que los síntomas deben haber estado presentes durante aproximadamente 6 meses, estar causando al paciente una angustia clínicamente significativa y no explicarse mejor por un trastorno mental no sexual o una consecuencia de la angustia en la relación u otros factores de estrés significativos.^[6]

La dispareunia se puede categorizar como primaria o secundaria; y también como superficial o profunda:^[8]

- La dispareunia primaria se caracteriza por un dolor asociado a la relación sexual desde el inicio de la actividad sexual.
- La dispareunia secundaria se adquiere a lo largo de la vida sexual del paciente.
- La relación sexual dolorosa que se localiza en el área introital es característica de la dispareunia superficial, debido a trastornos de la vulva y el vestíbulo.
- Los síntomas profundos a menudo están relacionados con trastornos de la pelvis.

Etiología

La etiología de la dispareunia varía en función de si el dolor está asociado a los genitales externos (dispareunia superficial) o a estructuras pélvicas más profundas (dispareunia profunda).[9]

Etiologías de la dispareunia superficial

- Enfermedades dermatológicas inflamatorias: dermatitis atópica, dermatitis de contacto (debido al látex, los espermicidas, o alergia al plasma seminal); cualquier otra afección dermatológica que afecte la vulva o la vagina
- Afecciones infecciosas: vulvovaginitis, brote de herpes simple, cistitis intersticial o infección del tracto urinario
- Disfunción de la mucosa: causas iatrogénicas como la radiación pélvica o la prescripción de medicamentos que disminuyen la lubricación (p. ej., los anticonceptivos orales, los antidepresivos, algunos antihipertensivos); la lubricación primaria inadecuada; la atrofia vaginal debido a la menopausia
- Anomalías estructurales (que conducen a la obstrucción): imperforación del himen, masa/absceso de Bartolino, distrofias vulvares, lesión perineal que incluye episiotomía o traumatismo obstétrico y circuncisión/mutilación femenina
- Enfermedades musculoesqueléticas: vaginismo (debido a un reflejo condicionado del músculo pubococcígeo, los músculos de la vagina se tensan abruptamente en respuesta a cualquier forma de penetración vaginal, lo que hace que las relaciones sexuales o los exámenes pélvicos sean dolorosos o imposibles)
- Otras enfermedades: psicosexuales, vestibulodinia/vulvodinia (quemazón crónica y/o dolor que afectan el orificio vaginal sin causa clínica evidente; se pueden producir con fisuras asociadas en la piel circundante).

Etiologías de la dispareunia profunda

- Afecciones infecciosas/inflamatorias: cervicitis, enfermedad inflamatoria pélvica, endometriosis (presencia de glándulas endometriales y estroma fuera de la cavidad endometrial y de la musculatura uterina; puede causar dispareunia profunda por distorsión de la anatomía pélvica y afectación rectovaginal), hidrosalpinx (acumulación de líquido en las trompas de Falopio que provoca su obstrucción; puede seguir a afecciones infecciosas)
- Anomalías estructurales: leiomiomas (también conocidos como fibromas uterinos, tumores benignos del útero compuestos principalmente por tejido conjuntivo fibroso y muscular liso; varían en tamaño desde semillas a tumores uterinos grandes), adenomiosis (tejido endometrial ectópico encontrado en el miometrio, la capa muscular gruesa del útero, que da lugar a la excreción local de citocinas, responsables por inducir el dolor)
- Desórdenes musculoesqueléticos: espasmo del elevador del ano (dolor rectal episódico con etiología desconocida).

Consideraciones de urgencia

(Ver [Diferenciales](#) para más información)

En las mujeres con dispareunia profunda que presentan dolor pélvico inferior y flujo vaginal acompañante, deben considerarse las etiologías infecciosas como la cervicitis y la enfermedad inflamatoria pélvica. Las mujeres que padecen estas enfermedades deben recibir antibioticoterapia inmediata para minimizar la morbilidad a corto y a largo plazo, como los abscesos tuboovaricos, las enfermedades sistémicas, la infertilidad, el embarazo ectópico y el dolor pélvico crónico.

Un absceso de la glándula de Bartolino, sin diagnosticar y sin tratar, puede evolucionar a una infección perineal extensa, que da lugar a una fascitis e infección sistémica. En las mujeres en las que se sospecha un absceso de la glándula de Bartolino, se debe realizar de inmediato una incisión y un drenaje para evitar una celulitis y fascitis posteriores.

Abordaje

Una anamnesis ginecológica completa, que incluya los antecedentes sexuales y también cualquier anamnesis de abuso y un examen pélvico constituyen los componentes clave en el enfoque para una paciente con dispareunia.[9] Con frecuencia, la anamnesis y la exploración física resultan suficientes para diagnosticar la etiología subyacente. Sin embargo, la superposición entre los factores físicos, psicológicos y sociales a menudo puede dificultar la identificación de la causa subyacente principal.[9]

Consideraciones históricas

Además de las características que se mencionan a continuación, el médico debe estar atento a la posibilidad de que algunas mujeres no informarán voluntariamente las dificultades que experimentan en las relaciones sexuales.[9] [10] El uso de preguntas abiertas, como "¿Es usted sexualmente activo?", y si es así, "¿Presenta alguna dificultad o problema sexual en este momento?", puede abrir la puerta de la comunicación sobre la disfunción sexual.[9] [10]

- Aparición de los síntomas: los síntomas de dispareunia primaria comienzan con el primer encuentro sexual y persisten, y pueden indicar una alteración congénita o una afección psicosexual.
- Localización de los síntomas: el dolor durante la penetración es un síntoma de dispareunia superficial, que sugiere un desorden de la vulva o del vestíbulo. Las molestias durante la penetración profunda, sin dificultad durante la penetración inicial, están asociadas a la dispareunia profunda, que posiblemente indica una patología pélvica.
- Síntomas asociados: la presencia de prurito puede indicar eccema o distrofia vulvar. El prurito acompañado de secreción puede indicar vulvovaginitis. La dispareunia de penetración profunda, acompañada de dismenorrea 2 a 3 días antes y durante la menstruación, y en ocasiones asociada a dolor durante la defecación (disquecia), pueden sugerir endometriosis.
- Características del dolor: los dolores punzantes asociados a la dispareunia profunda pueden indicar endometriosis, mientras que el dolor continuo puede significar leiomiomas. Una sensación de desgarramiento puede sugerir atrofia vaginal, a causa de diversas enfermedades.
- Factores de alivio: el dolor que ha mejorado con los anticonceptivos orales puede indicar endometriosis o adenomiosis. El tratamiento con estrógenos mejora la atrofia relacionada con la deficiencia de los mismos, mientras que los lubricantes tópicos pueden mejorar la sequedad vaginal causada por fármacos o tratamientos.
- Historia clínica: antecedentes de cáncer que requirieron quimioterapia o radioterapia pélvica puede haber causado atrofia debido a la deficiencia de estrógeno, fibrosis o adherencias. Los medicamentos para otras enfermedades crónicas pueden resultar en una disminución de la lubricación (p. ej., anticonceptivos orales, antidepresivos, algunos antihipertensivos).
- Historia obstétrica: las lesiones del parto o las episiotomías traumáticas pueden resultar en dispareunia.
- Cabe destacar que, se hallarán síntomas congruentes con dispareunia superficial relacionados con el espasmo del elevador del ano y el vaginismo asociados con muchas de las otras enfermedades, ya que las mujeres tensan instintivamente estos músculos en anticipación a la molestia.

Evaluación psicosexual

Puede considerarse, sobre todo si el paciente describe un inicio repentino de los síntomas.[9] Un estilo de consulta abierto puede ayudar a identificar las causas psicológicas; la evaluación psicosexual "LOFTI" (escuchar, observar, sentir, pensar, interpretar) puede ser una guía útil.[9] [11]

Exploración física

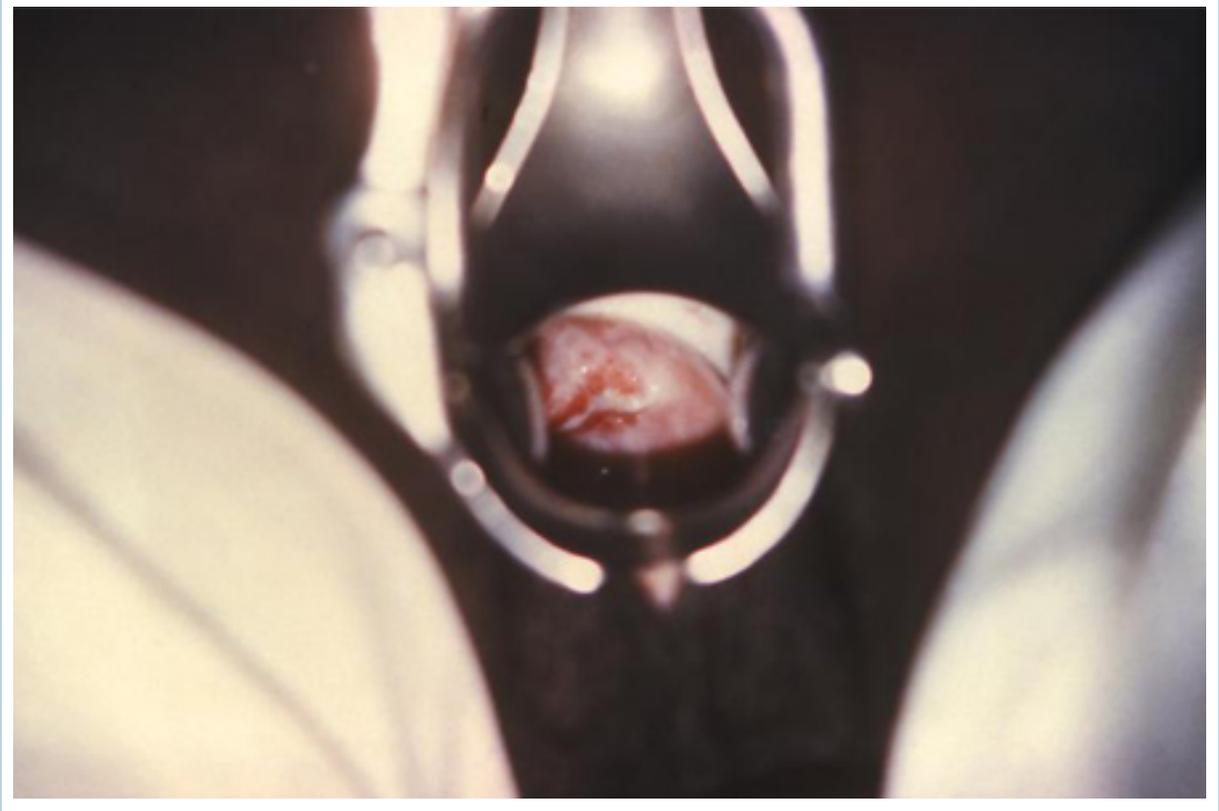
- Una inspección minuciosa permite diagnosticar enfermedades dermatológicas e infecciosas/inflamatorias de la vulva y el vestíbulo. Una membrana de espesor delgado a moderado en la apertura de la vagina, con o sin pequeños puntos de perforación hacia la imperforación del himen, (potencialmente con acumulación de sangre menstrual en la vagina [hematocolpos]).
- Una exploración física minuciosa de la vulva con un hisopo de algodón puede conducir al diagnóstico de vestibulodinia/vulvodinia si una presión leve produce dolor.[12]
- Una mucosa vaginal pálida que carece de rugosidad es característica de la atrofia vaginal a causa de una deficiencia de estrógeno.
- Una secreción cervical mucopurulenta acompañada de sensibilidad a los movimientos cervicales puede sugerir una cervicitis. La presencia de sensibilidad uterina puede indicar una enfermedad inflamatoria pélvica (EIP).
- En una exploración física bimanual, un útero agrandado, liso y sensible a la palpación puede indicar una adenomiosis, mientras que un útero agrandado e irregular puede indicar liomomas. Los hallazgos tras examinación que son congruentes con la endometriosis incluyen la nodularidad rectovaginal; el acortamiento o engrosamiento de los ligamentos uterosacros; un útero fijo y retrodesviado y la reproducción de dolor a la palpación de las supuestas lesiones del endometrio. La presencia de una masa anexial en el examen pélvico puede sugerir la presencia de un endometrioma o hidrosalpinge.



Imperforación del himen con protuberancia y color azulado con hematocolpos

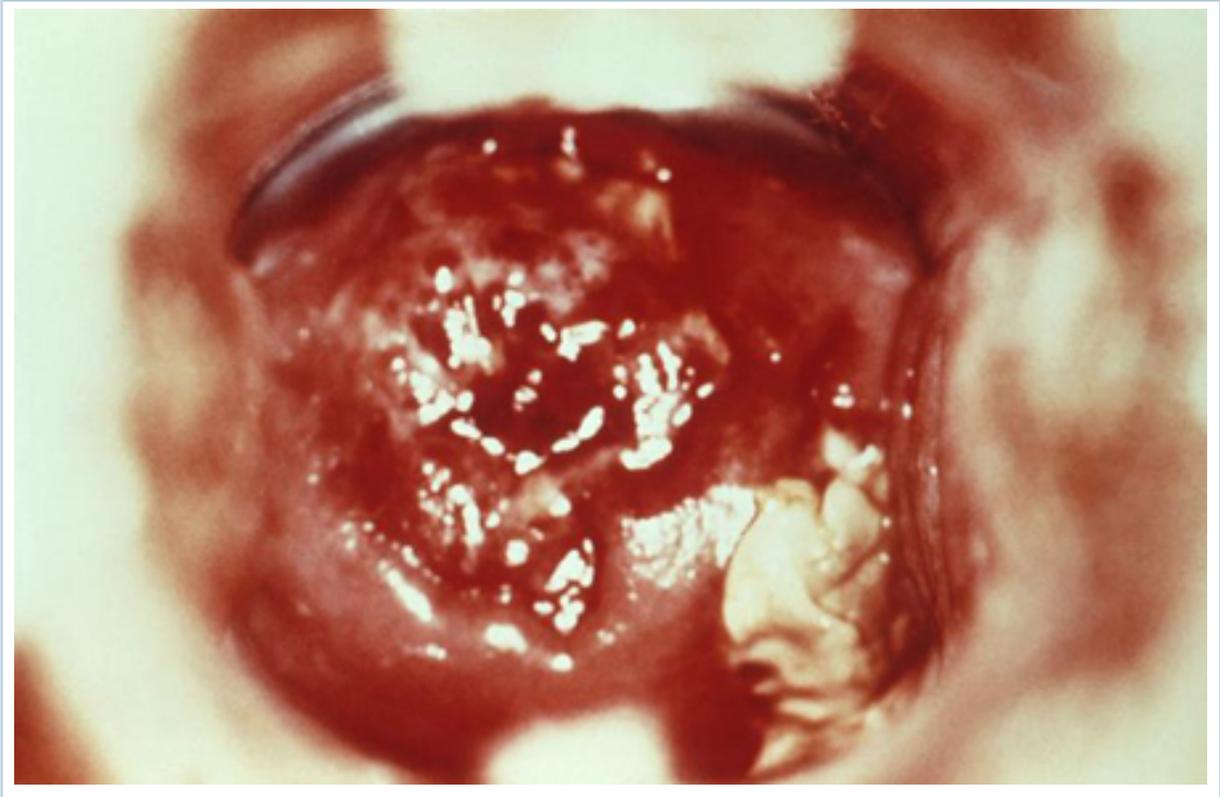
BMJ Case Reports 2009 [doi:10.1136/bcr.08.2008.0722]

Derechos de autor © 2009 de BMJ Publishing Group Ltd.



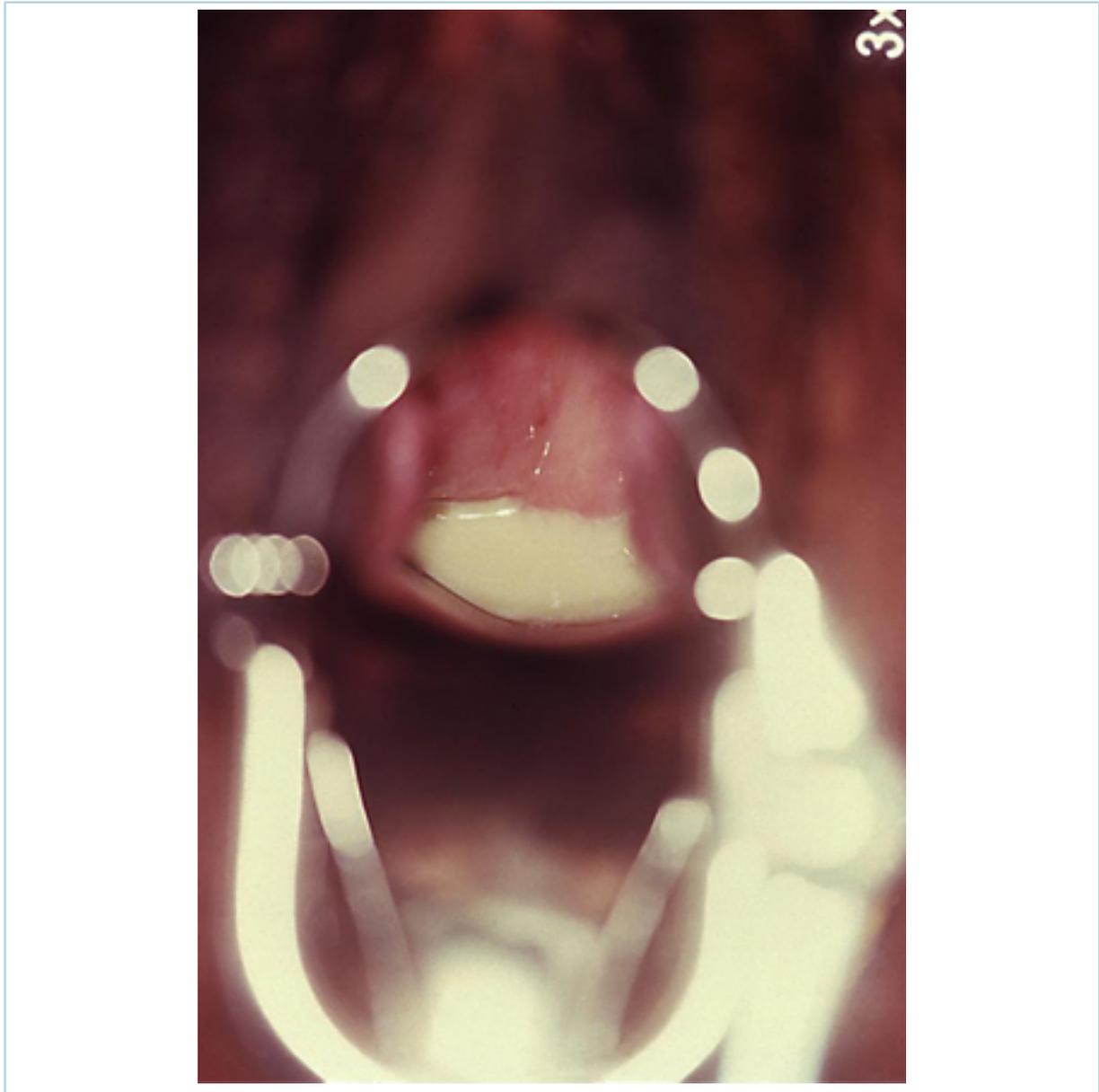
Cervicitis y secreción vaginal debido a gonorrea

CDC Image Library



Cervicitis debido al virus herpes simple; se observa inflamación erosiva con purulencia paracervical concomitante

CDC Image Library / Dr. Paul Wiesner



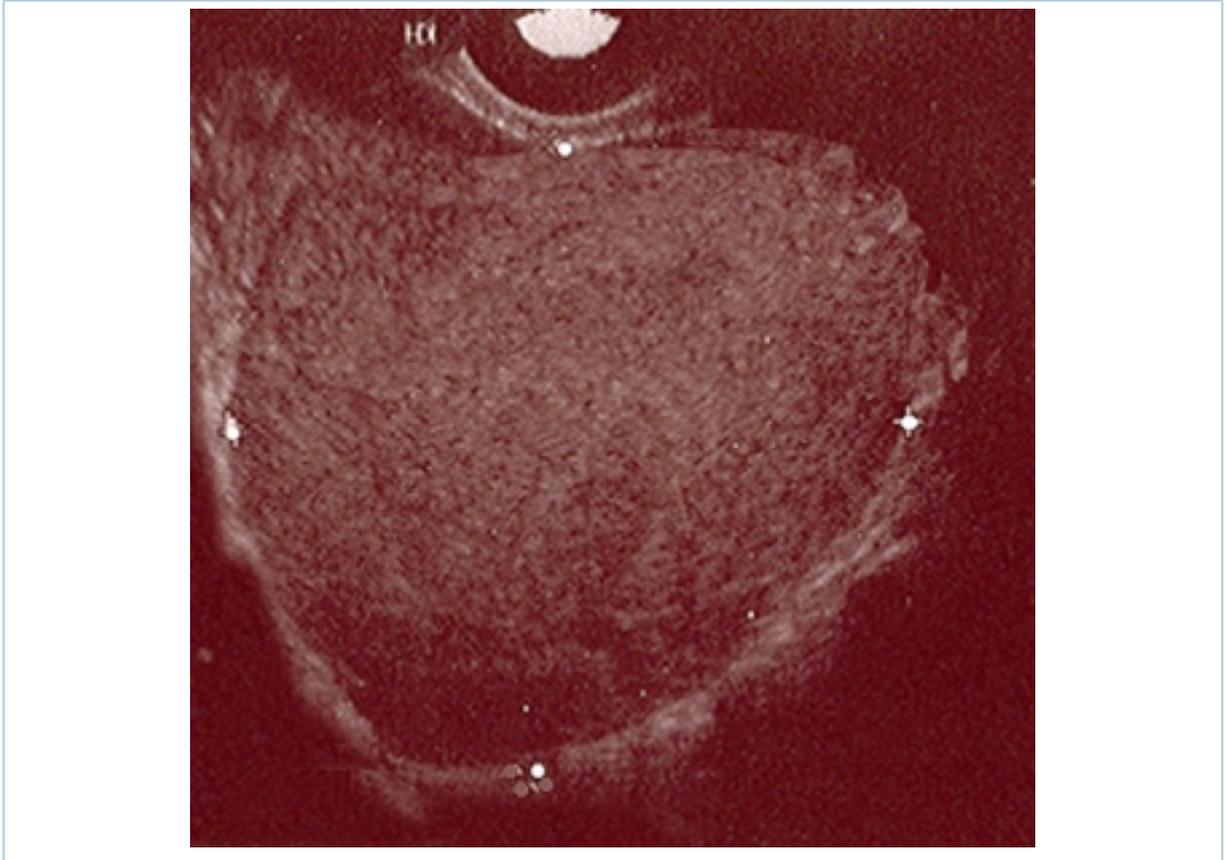
Vaginitis por tricomonas con secreción purulenta abundante que emana del orificio del cuello uterino
CDC Image Library

Análisis clínicos y estudios por imágenes

En muchos casos de dispareunia, no se solicitarán análisis ni estudios por imágenes para realizar el diagnóstico. Sin embargo, son esenciales en ciertas situaciones.

- Las muestras vaginales para pH vaginal y la prueba de amina ("whiff"), y para portaobjetos con solución salina normal e hidróxido de potasio ayudarán a identificar los microorganismos responsables de la vulvovaginitis. La tinción de Gram para la vaginitis bacteriana y los cultivos genitales para tricomónadas y la Cándida pueden resultar útiles en mujeres con síntomas vulvovaginales (p. ej., sensación de quemazón durante el coito, secreción vaginal, prurito) pero con resultado negativo en la preparación en fresco.
- La prueba de amplificación de ácidos nucleicos (PAAN) de las muestras genitales para pesquisar gonorrea y Chlamydia es más sensible que el cultivo y se recomienda como método de elección de

- prueba en caso de sospecha de EIP. El *Mycoplasma genitalium* se asocia a la EIP y a la cervicitis; las directrices recomiendan la prueba PAAN de las muestras genitales.[13] [14]
- Se deben obtener cultivos cervicales para pesquisar gonorrea y Chlamydia cuando existe una sospecha clínica de cervicitis (p. ej., antecedentes de dispareunia de penetración profunda y flujo vaginal) o EIP (p. ej., anamnesis de dispareunia de penetración profunda, fiebre, dolor difuso en la parte inferior del abdomen).
 - La reacción en cadena de la polimerasa (PCR) del virus del herpes simple debe solicitarse cuando se investigue la infección por el virus del herpes simple. Se puede usar una prueba de Tzanck como prueba diagnóstica alternativa si la PCR no está fácilmente disponible.[15] [16] Se puede considerar el cultivo viral si no se dispone de PAAN.[15]
 - El análisis de orina es esencial si se sospecha una infección del tracto urinario (ITU) (p. ej., frecuencia y urgencia urinaria, disuria, hematuria). Se indica un cultivo y un análisis microscópico de orina al investigar la ITU o la cistitis intersticial.
 - Un ultrasonido pélvico puede ser útil para caracterizar leiomiomas y evaluar las masas anexiales en las que se sospechan endometriomas o hidrosalpinge.[17] [18] [19] Durante la ecografía transvaginal, es posible la localización de zonas dolorosas (sensibilidad específica del sitio).[20] [21] [22] Los estudios por imágenes por resonancia magnética (IRM) pueden ser más útiles cuando se sospecha de anomalías estructurales congénitas (p. ej., la adenomiosis se visualiza como focos miometriales hiperintensos en imágenes ponderadas en T2), o para diagnosticar endometriosis profunda y evaluar su extensión.[17] [23] [24] [25]
 - La laparoscopia diagnóstica puede ser útil si se sospecha endometriosis (p. ej., dispareunia profunda, dismenorrea significativa), incluso si la ecografía o la resonancia magnética fueron normales.[17]
 - Inicialmente, se debe solicitar una cistoscopia en todas las pacientes en las que se sospeche un diagnóstico de cistitis intersticial (p. ej., urgencia y frecuencia urinaria, dolor pélvico crónico, intolerancia al examen pélvico). Además, las pacientes en riesgo alto de desarrollar cáncer de vejiga (fumadoras, mujeres expuestas a tinturas con anilina) deben realizarse una citología urinaria.
 - En las pacientes con sospecha de hipersensibilidad al plasma seminal (p. ej., prurito poscoital, quemazón), dermatitis de contacto (p. ej., antecedentes de respuesta alérgica al látex o a los agentes espermicidas), o dermatitis atópica (p. ej., prurito, piel seca y escamada), los síntomas pueden desaparecer tras evitar los alérgenos. Sin embargo, si esto no ocurre o el alérgeno es difícil de identificar, se recomienda realizar una prueba de alergia.
 - Siempre deben realizarse biopsias vulvares/vaginales ante sospecha de lesiones y cambios en la piel de etiología poco clara, con el objetivo de descartar enfermedades precancerosas o cancerosas.



Ultrasonido de endometrioma ovárico

De la colección del Dr. Jonathon Solnik; utilizada con autorización



Imagen laparoscópica de endometrioma de ovario

De la colección del Dr. Jonathon Solnik; utilizada con autorización

Resumen de diagnósticos diferenciales

Común

Vaginitis y vulvovaginitis

Infección por herpes simple

Atrofia vaginal

Iatrogénica

Lubricación primaria inadecuada

Vestibulodinia/vulvodinia

Endometriosis

Adenomiosis

Liomiomas

Infrecuente

Cistitis intersticial

Infección urinaria

Absceso de la glándula de Bartolino

Hipersensibilidad al plasma seminal

Dermatitis de contacto

Dermatitis atópica

Masa en la glándula de Bartolino

Imperforación del himen

Lesiones perineales traumáticas

Distrofias vulvares

Vaginismo

Infrecuente

Trastorno psicosexual

Cervicitis

Enfermedad inflamatoria pélvica

Hidrosalpinge

Espasmo del elevador del ano

Diferenciales

Común

◇ Vaginitis y vulvovaginitis

Antecedentes	Examen	1ª prueba	Otras pruebas
sensación de quemazón durante el coito, edema vulvar/vaginal, flujo vaginal, prurito	mucosa vaginal/vulvar eritematosa y edematosa; secreción vaginal (espesa y adherente debido a infección por Candida, espumosa por tricomoniasis); el cuello uterino en "fresa" sugiere tricomoniasis	<p>»pH vaginal: elevado/normal El pH vaginal normal en las mujeres en edad fértil es 4.5. En las mujeres en la etapa de la posmenopausia, el pH vaginal es generalmente entre 6.0 y 7.0. Se observa un pH elevado en las infecciones bacterianas, incluida la tricomoniasis, y en la vaginitis atrófica. Por lo general, las infecciones por Candida se presentan con un pH de rango normal.</p> <p>»prueba de aminas "whiff" de las secreciones vaginales: sugiere vaginosis bacteriana La presencia de aminas volátiles (olor a pescado) no se encuentra en los fluidos vaginales normales. La presencia de olor a pescado después de agregar un 10% de hidróxido de potasio (KOH) en la muestra vaginal indica un resultado positivo para la vaginitis bacteriana cuando va acompañada por</p>	<p>»cultivo de tricomonas y candidas: positiva Se consideraría si es refractario al tratamiento y no se dilucida otra causa.</p>

Común

◇ Vaginitis y vulvovaginitis

Antecedentes	Examen	1ª prueba	Otras pruebas
		<p>al menos otros dos criterios Amsel.[26] [27]</p> <p>»preparación en fresco con hidróxido de potasio: presencia de tricomónadas o pseudohifas</p> <p>»Tinción de Gram de las secreciones vaginales: Morfotipo Lactobacillus reducido o ausente</p> <p>Se califica de acuerdo con la clasificación de Nugent, que implica el recuento de morfotipos bacterianos.</p>	

◇ Infección por herpes simple

Antecedentes	Examen	1ª prueba	Otras pruebas
dolor vulvar intenso, disuria, quemazón; prurito; fiebre y malestar general con infección primaria	<p>brote primario: las lesiones pueden fusionarse y ser difusas, y estar acompañadas de linfadenopatía inguinal;</p> <p>brote recurrente: lesiones vesiculares discretas</p>	<p>»Reacción en cadena de la polimerasa (PCR) del VHS u otra prueba de amplificación del ácido nucleico (PAAN): positiva</p> <p>Las PAAN son la prueba confirmatoria más sensible. Los amplicones deben ser tipificados para determinar si el VHS-1 o el VHS-2 es el responsable de la infección.[15]</p>	<p>»cultivo viral: virus detectado</p> <p>Se considera si las PAAN no están disponibles. Si el cultivo viral es la única prueba virológica disponible, los aislados del cultivo deben ser tipificados para determinar si el VHS-1 o el VHS-2 es el responsable de la infección.[15]</p>

Común

◇ **Atrofia vaginal**

Antecedentes	Examen	1ª prueba	Otras pruebas
sequedad vaginal; sensación de desgarramiento durante el acto sexual, quemazón poscoital, manchado vaginal si hay laceraciones pequeñas	la mucosa vaginal es pálida y carece de rugosidad, puede presentar evidencia de laceraciones pequeñas	»ninguno: el diagnóstico es clínico	

◇ **Iatrogénica**

Antecedentes	Examen	1ª prueba	Otras pruebas
dificultad en la penetración, aparición de dolor después de iniciar el uso de medicamentos o de radioterapia y anamnesis de terapia con radiación, anticonceptivos orales combinados, antidepresivos o algunos antihipertensivos	la mucosa vaginal está seca	»ninguno: el diagnóstico es clínico	

◇ **Lubricación primaria inadecuada**

Antecedentes	Examen	1ª prueba	Otras pruebas
dificultad en la penetración, dolor en el inicio de la actividad sexual, posible dificultad con la excitación sexual debido a dificultades en la relación y a una posible anamnesis de abuso sexual	la mucosa vaginal está seca	»ninguno: el diagnóstico es clínico	

Común

◇ Vestibulodinia/vulvodinia

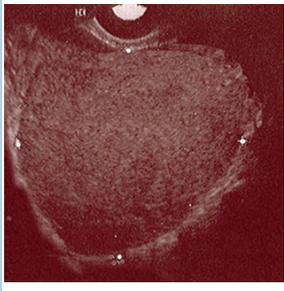
Antecedentes	Examen	1ª prueba	Otras pruebas
dolor al insertar o quitar un tampón; dolor con estimulación manual; examen ginecológico doloroso	dolor intenso en el vestíbulo en la palpación directa con un bastoncillo de algodón, la mucosa puede tener una apariencia normal o eritematosa[31]	» preparación en fresco e hidróxido de potasio: negativo Se debe realizar pruebas en las pacientes para poder descartar la vulvovaginitis.	» cultivos de tricomonas y candidas: negativo Se consideran cuando son refractarios al tratamiento y no se dilucida otra causa.

◇ Endometriosis

Antecedentes	Examen	1ª prueba	Otras pruebas
generalmente se presenta con dispareunia de penetración profunda; también puede incluir dismenorrea significativa o dolor entre menstruaciones; se puede presentar dolor al defecar (disquecia); los síntomas pueden evolucionar con el tiempo	nodularidad en el fondo del saco; engrosamiento del ligamento uterosacro, sensibilidad a la palpación o nodularidad; útero fijo o retrodesviado, desviación cervical lateral debido a la fijación del ligamento uterosacro	» ultrasonido pélvico: puede mostrar un endometrioma ovárico (ecos homogéneos de bajo nivel) o evidencia de endometriosis pélvica profunda como la afectación del ligamento uterosacro (engrosamiento lineal hipoecoico) Confirma los endometriomas.[17]	» laparoscopia diagnóstica: visualización directa con biopsia: se confirma presencia de glándulas endometriales o estroma fuera de la cavidad uterina La visualización directa de implantes en el momento de la cirugía y la histopatología no siempre están relacionadas, ya que los patólogos no emplean un método estandarizado; y es posible que resulte difícil evaluar las

Común

◇ Endometriosis

Antecedentes	Examen	1ª prueba	Otras pruebas
		 <p><i>Ultrasonido de endometrioma ovárico</i> De la colección del Dr. Jonathon Solnik; utilizada con autorización</p>	<p>lesiones atípicas sin biopsia.</p>  <p><i>Imagen laparoscópica de endometrioma de ovario</i> De la colección del Dr. Jonathon Solnik; utilizada con autorización</p>

◇ Adenomiosis

Antecedentes	Examen	1ª prueba	Otras pruebas
dispareunia de penetración profunda, dismenorrea y menorragia progresivas; parición; con inicio tras el parto	útero levemente agrandado, sensible a la palpación en ausencia de signos de infección	» ultrasonido pélvico: útero agrandado con textura heterogénea; sin masas bien definidas	» IRM de pelvis: focos miometriales hiperintensos en imágenes ponderadas en T2 » biopsia del endometrio: negativo Las biopsias del endometrio a menudo pueden resultar útiles para distinguir la adenomiosis de la endometriosis crónica.

◇ Liomiomas

Antecedentes	Examen	1ª prueba	Otras pruebas
dispareunia de penetración profunda; dolor intenso,	útero agrandado e irregular, sensible a la	» ultrasonido pélvico: útero agrandado con masas aisladas	» IRM de pelvis: masas aisladas

Común

◇ Liomiomas

Antecedentes	Examen	1ª prueba	Otras pruebas
dismenorrea y menorragia progresivas	palpación, sin signos de infección		Resulta útil para detectar liomiomas más pequeños de los que el ultrasonido puede identificar.

Infrecuente

◇ Cistitis intersticial

Antecedentes	Examen	1ª prueba	Otras pruebas
dispareunia, urgencia y frecuencia urinaria, dolor pélvico crónico	intolerancia al examen pélvico, extrema sensibilidad a la palpación sobre la pared vaginal anterior	<p>»cistoscopia: glomerulaciones, petequias en la submucosa, desgarros de la mucosa, presencia de úlceras de Hunner, baja capacidad anestésica de la vejiga Es la prueba diagnóstica más importante. Se debe solicitar inicialmente en todas las pacientes con un diagnóstico sospechoso.</p> <p>»análisis microscópico de orina y urocultivo: negativo Todas las pacientes con síntomas de micción irritativa deben someterse a un análisis microscópico de orina y a un urocultivo para descartar una infección.</p>	<p>»citología urinaria: negativo Las pacientes en riesgo alto de contraer cáncer de vejiga (fumadoras, mujeres con exposición a tinturas con anilina) deben realizarse una citología urinaria.</p>

Infrecuente

◇ Infección urinaria

Antecedentes	Examen	1ª prueba	Otras pruebas
se puede referir urgencia y frecuencia urinaria, disuria, hematuria	puede ser normal	<p>»análisis de orina: positivo para esterasa leucocitaria, nitritos o leucocitos y sangre</p> <p>»análisis microscópico de orina y urocultivo: proliferación de >10⁵ unidades formadoras de colonias por mL (CFU/mL)</p> <p>Puede guiar otra antibioticoterapia si los antibióticos presuntos son ineficaces; es mejor enviarlo antes de la administración de los antibióticos.</p>	

▣ Absceso de la glándula de Bartolino

Antecedentes	Examen	1ª prueba	Otras pruebas
bulto vulvar, dolor y sensibilidad intensa a la palpación al ir al baño, durante una relación sexual o al moverse	La glándula de Bartolino se encuentra en la unión de la vulva y la vagina en la posición de las 4 o las 8 en punto; el absceso será firme y sensible a la palpación, se puede advertir un drenaje purulento; es frecuente una celulitis suprayacente	» ninguno: el diagnóstico es clínico	

◇ Hipersensibilidad al plasma seminal

Antecedentes	Examen	1ª prueba	Otras pruebas
prurito poscoital, quemazón, inflamación, posible respuesta sistémica (angioedema)	eritema y edema de la mucosa vulvar/vaginal poscoital; posible formación de ampollas	» evitar los alérgenos: desaparición de los síntomas	» prueba de alergia: positiva Debe remitirse a un alergólogo. Los pacientes demuestran

Infrecuente

◇ Hipersensibilidad al plasma seminal

Antecedentes	Examen	1ª prueba	Otras pruebas
del rostro, la garganta, los labios)[28]		Si los síntomas desaparecen al evitar el alérgeno propuesto (semen), no es necesario indicar otras pruebas.	una prueba de punción cutánea positiva y/ o inmunoglobulina E específica del suero a las proteínas del líquido seminal completo o del plasma seminal fraccionado.[29] [30]

◇ Dermatitis de contacto

Antecedentes	Examen	1ª prueba	Otras pruebas
respuesta alérgica, p. ej., al látex o a los agentes espermicidas; prurito poscoital, quemazón, inflamación	eritema y edema de la mucosa vulvar/vaginal; posible formación de ampollas	» evitar los alérgenos: desaparición de los síntomas Si los síntomas desaparecen al evitar el alérgeno propuesto (látex, espermicida), no es necesario indicar otras pruebas.	» prueba de alergia: positiva Se debe realizar una derivación a un alergista para que realice una prueba de parche.

◇ Dermatitis atópica

Antecedentes	Examen	1ª prueba	Otras pruebas
prurito, piel seca y escamada	parches escamosos y secos sobre la piel vulvar, fisuras por excoriación	» evitar alérgenos y factores irritantes: desaparición de los síntomas Si los síntomas desaparecen al evitar los potenciales alérgenos y factores irritantes; no es necesario indicar otras pruebas. En el ensayo se debe incluir una minimización de las actividades de secado,	» prueba de alergia: positiva Se debe realizar una derivación a un alergista para que realice una prueba de parche.

Infrecuente

◇ Dermatitis atópica

Antecedentes	Examen	1ª prueba	Otras pruebas
		como la limpieza y los baños excesivos y se debe disminuir el uso de jabón, que tiene un efecto secante.	

◇ Masa en la glándula de Bartolino

Antecedentes	Examen	1ª prueba	Otras pruebas
bulto vulvar con poco o ningún dolor asociado	El quiste de la glándula de Bartolino es una masa móvil y lisa en la unión de la vulva y la vagina en una posición de las 4 o las 8 en punto	»ninguno: el diagnóstico es clínico	

◇ Imperforación del himen

Antecedentes	Examen	1ª prueba	Otras pruebas
dolor pélvico cíclico, amenorrea, oligomenorrea, dificultad con la inserción de tampones o de un pene	membrana de espesor delgado a moderado en la apertura de la vagina, puede o no presentar perforaciones pequeñas que permiten el paso del flujo menstrual; si no hay perforaciones pequeñas, puede haber presencia de hematocolpos	»ninguno: el diagnóstico es clínico Una membrana de espesor delgado a moderado en la apertura de la vagina, con o sin pequeños puntos de perforación hacia la imperforación del himen, (potencialmente con acumulación de sangre menstrual en la vagina [hematocolpos]).	

Infrecuente

◇ Imperforación del himen

Antecedentes	Examen	1ª prueba	Otras pruebas
		 <p><i>Imperforación del himen con protuberancia y color azulado con hematocolpos</i> <i>BMJ Case Reports 2009 [doi:10.1136/bcr.08.2008.0722]</i> <i>Derechos de autor © 2009 de BMJ Publishing Group Ltd.</i></p>	

◇ Lesiones perineales traumáticas

Antecedentes	Examen	1ª prueba	Otras pruebas
el dolor comenzó después del parto o después de otro traumatismo (p. ej., agresión sexual, circuncisión/mutilación femenina); puede presentar antecedentes de episiotomía, laceración obstétrica avanzada	dolor a la palpación de la cicatriz	»ninguno: el diagnóstico es clínico	

◇ Distrofias vulvares

Antecedentes	Examen	1ª prueba	Otras pruebas
prurito externo; dolor e irritación vulvar; quemazón poscoital; manchado poscoital	la piel vulvar puede estar engrosada debido a una hipertrofia o puede estar disminuida, las lesiones pueden ser	» biopsia vulvar: epitelio blanqueado Se debe investigar toda sospecha de alteración dermatológica de la	

Infrecuente

◇ Distrofias vulvares

Antecedentes	Examen	1ª prueba	Otras pruebas
	difusas o irregulares, se puede presentar fisuras producto de la comezón	vulva con un examen histológico. Antes de iniciar el tratamiento de una presunta distrofia, se deben descartar los cambios precancerosos y cáncer de la vulva.	

◇ Vaginismo

Antecedentes	Examen	1ª prueba	Otras pruebas
imposibilidad de permitir la penetración de objetos vaginalmente, a menudo comienza después de un episodio de penetración (examen con espéculo, acto sexual)	se debe posponer el examen pélvico en caso de sospecha de vaginitis hasta tanto se desarrolle la relación adecuada; la exploración física puede ser normal o puede mostrar diferentes grados de dificultad con la inserción del espéculo o con un examen con los dedos debido al espasmo y la contracción muscular; se puede producir un espasmo del músculo elevador del ano durante el examen en respuesta al dolor anticipado	»ninguno: el diagnóstico es clínico	

◇ Trastorno psicosexual

Antecedentes	Examen	1ª prueba	Otras pruebas
puede ir acompañada de dificultades en las relaciones interpersonales o en la excitación, o de alteraciones del estado de ánimo como la depresión y	el examen pélvico es normal si no hay episodios agudos de agresión o abuso	»ninguno: el diagnóstico es clínico Un estilo de consulta abierto puede ayudar a identificar las causas psicológicas; la evaluación psicosexual	

Infrecuente

◇ Trastorno psicosexual

Antecedentes	Examen	1ª prueba	Otras pruebas
la ansiedad; posibles antecedentes de abuso sexual; aparición repentina de los síntomas		"LOFTI" (escuchar, observar, sentir, pensar, interpretar) puede ser una guía útil.[9] [11]	

🚩 Cervicitis

Antecedentes	Examen	1ª prueba	Otras pruebas
dispareunia de penetración profunda, secreción vaginal	secreción cervical mucopurulenta, dolor al movimiento cervical, cuello uterino friable y eritematoso	» PAAN cervical para Neisseria gonorrhoeae, Chlamydia trachomatis, Mycoplasma genitalium: positiva	<p>»preparación en fresco/cultivo de tricomonas vaginales: tricomónadas en la preparación en fresco. La preparación en fresco es diagnóstica en el 50% al 60% de los casos que se confirman mediante cultivo de tricomonas.[32]</p> <p>»cultivo cervical para gonorrea y clamidia: puede ser positivo. Se deben obtener cultivos cervicales para pesquisar gonorrea y chlamydia cuando existe una sospecha clínica de cervicitis (p. ej., antecedentes de dispareunia de penetración profunda y flujo vaginal) o EIP (p. ej., anamnesis de dispareunia de penetración profunda, fiebre, dolor difuso en</p>

Infrecuente

Cervicitis

Antecedentes	Examen	1ª prueba	Otras pruebas
			la parte inferior del abdomen).

Enfermedad inflamatoria pélvica

Antecedentes	Examen	1ª prueba	Otras pruebas
dispareunia de penetración profunda; fiebre, dolor difuso en la parte inferior del abdomen, comportamiento sexual de riesgo alto; sangrado uterino anómalo, secreción vaginal	dolor al movimiento cervical, dolor uterino a la palpación; dolor anexial a la palpación; secreción cervical purulenta	<p>»recuento de leucocitos sérico: elevada Se debe considerar en la primera consulta. Prueba inespecífica de infección de valor predictivo medio que en sí misma es improbable que altere el tratamiento. Sin embargo, en combinación con los leucocitos polimorfonucleares de montaje húmedo y la velocidad de sedimentación sérica, los resultados normales de las tres pruebas excluyen efectivamente la enfermedad inflamatoria pélvica (EIP).</p> <p>»velocidad de sedimentación globular en suero: elevada Se debe considerar en la primera consulta. Prueba inespecífica para detectar un proceso inflamatorio que en sí misma</p>	<p>»ultrasonido pélvico: normal o presencia de un complejo tuboovárico El ultrasonido resulta útil cuando la exploración física sugiere la presencia de un absceso.</p> <p>»cultivo cervical para gonorrea y clamidia: puede ser positivo La prueba de amplificación de ácidos nucleicos (PAAN) de las muestras genitales para pesquisar gonorrea y Chlamydia es más sensible que el cultivo y se recomienda como método de elección de prueba en caso de sospecha de EIP. El cultivo de Mycoplasma genitalium puede tardar hasta 6 meses y se limita a los entornos de investigación.^[14]</p>

Infrecuente

 Enfermedad inflamatoria pélvica

Antecedentes	Examen	1ª prueba	Otras pruebas
		<p>es improbable que altere el tratamiento. Sin embargo, al combinarla con un recuento de leucocitos séricos y leucocitos polimorfonucleares en examen microscópico con preparación en fresco, los resultados normales de las tres pruebas descartan eficazmente la enfermedad inflamatoria pélvica.</p> <p>»leucocitos polimorfonucleares (LPM) en el examen microscópico con preparación en fresco de las secreciones vaginales.: presentes en el frotis</p> <p>Se debe considerar en la primera consulta. La presencia de leucocitos polimorfonucleares confirma la infección vaginal, pero la prueba no es específica para los agentes patógenos con alta probabilidad de causar enfermedad inflamatoria pélvica.</p> <p>En combinación con el recuento de glóbulos blancos en suero y la velocidad de sedimentación globular, los resultados normales de las tres pruebas</p>	

Infrecuente

Enfermedad inflamatoria pélvica

Antecedentes	Examen	1ª prueba	Otras pruebas
		<p>excluyen efectivamente la EPI.</p> <p>»PAAN clamidia, gonorrea, Mycoplasma genitalium: puede ser positivo</p> <p>La prueba de amplificación de ácidos nucleicos (PAAN) de las muestras genitales para buscar gonorrea y Chlamydia es más sensible que el cultivo y se recomienda como método de elección de prueba en caso de sospecha de EIP. El Mycoplasma genitalium se asocia a la EIP y a la cervicitis; las guías de práctica clínica recomiendan la prueba PAAN de las muestras genitales.[13] [14] [33]</p>	

◇ Hidrosalpinge

Antecedentes	Examen	1ª prueba	Otras pruebas
antecedentes de enfermedad inflamatoria pélvica (EIP)	dolor anexial a la palpación en el examen pélvico; masa anexial palpable	» ultrasonido pélvico: masa tubárica	

◇ Espasmo del elevador del ano

Antecedentes	Examen	1ª prueba	Otras pruebas
dolor en la penetración; dolor tipo espasmo; sensación de que algo	espasmo del elevador del ano diferenciado	» ninguno: el diagnóstico es clínico	

Infrecuente◇ **Espasmo del elevador del ano**

Antecedentes	Examen	1ª prueba	Otras pruebas
empuja hacia afuera desde el interior	o dolor durante el examen bimanual		

Artículos principales

- IsHak WW, Tobia G. DSM-5 changes in diagnostic criteria of sexual dysfunctions. *Reprod Sys Sexual Disorders* 2013;2:122.
- Lee NMW, Jakes AD, Lloyd J, et al. Dyspareunia. *BMJ*. 2018 Jun 19;361:k2341. [Texto completo \(https://www.bmj.com/content/361/bmj.k2341.long\)](https://www.bmj.com/content/361/bmj.k2341.long) [Resumen](#)
- National Institute for Health and Care Excellence. Endometriosis: diagnosis and management. Nov 2024 [internet publication]. [Texto completo \(https://www.nice.org.uk/guidance/ng73\)](https://www.nice.org.uk/guidance/ng73)

Referencias

1. Latthe P, Latthe M, Say L, et al. WHO systematic review of prevalence of chronic pelvic pain: a neglected reproductive health morbidity. *BMC Public Health*. 2006 Jul 6;6:177. [Texto completo \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1550236\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1550236) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16824213?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16824213?tool=bestpractice.bmj.com)
2. Banaei M, Kariman N, Ozgoli G, et al. Prevalence of postpartum dyspareunia: A systematic review and meta-analysis. *Int J Gynaecol Obstet*. 2021 Apr;153(1):14-24. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33300122?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33300122?tool=bestpractice.bmj.com)
3. Mitchell KR, Geary R, Graham CA, et al. Painful sex (dyspareunia) in women: prevalence and associated factors in a British population probability survey. *BJOG*. 2017 Oct;124(11):1689-97. [Texto completo \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5638059\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5638059) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28120373?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28120373?tool=bestpractice.bmj.com)
4. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA*. 1999 Feb 10;281(6):537-44. [Texto completo \(https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/188762\)](https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/188762) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10022110?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10022110?tool=bestpractice.bmj.com)
5. Fuldeore MJ, Soliman AM. Prevalence and symptomatic burden of diagnosed endometriosis in the United States: national estimates from a cross-sectional survey of 59,411 women. *Gynecol Obstet Invest*. 2017;82(5):453-61. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27820938?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27820938?tool=bestpractice.bmj.com)
6. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed., text revision (DSM-5-TR)*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2022.
7. IsHak WW, Tobia G. DSM-5 changes in diagnostic criteria of sexual dysfunctions. *Reprod Sys Sexual Disorders* 2013;2:122.
8. MacNeill C. Dyspareunia. *Obstet Gynecol Clin N Am*. 2006;33:565-577. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17116501?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17116501?tool=bestpractice.bmj.com)

9. Lee NMW, Jakes AD, Lloyd J, et al. Dyspareunia. BMJ. 2018 Jun 19;361:k2341. [Texto completo \(https://www.bmj.com/content/361/bmj.k2341.long\)](https://www.bmj.com/content/361/bmj.k2341.long) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29921565?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29921565?tool=bestpractice.bmj.com)
10. Bachmann GA, Leiblum SR, Grill J. Brief sexual inquiry in gynecology practice. Obstet Gynecol. 1989;73:425-427. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2915866?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2915866?tool=bestpractice.bmj.com)
11. Cowan F, Frodsham L. Management of common disorders in psychosexual medicine. The Obstetrician & Gynaecologist. 2015 Jan;17(1):47-53
12. American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee opinion no. 673: persistent vulvar pain. Sep 2016 [internet publication]. [Texto completo \(https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2016/09/persistent-vulvar-pain\)](https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2016/09/persistent-vulvar-pain)
13. Jensen JS, Cusini M, Gomberg M, et al. 2021 European guideline on the management of Mycoplasma genitalium infections. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2022 May;36(5):641-50. [Texto completo \(https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jdv.17972\)](https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jdv.17972) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35182080?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35182080?tool=bestpractice.bmj.com)
14. Centers for Disease Control and Prevention. Mycoplasma genitalium. Jul 2021 [internet publication]. [Texto completo \(https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/mycoplasmagenitalium.htm#:~:text=Initial%20empiric%20therapy%20for%20PID,effective%20in%20eradicating%20the%20organism\)](https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/mycoplasmagenitalium.htm#:~:text=Initial%20empiric%20therapy%20for%20PID,effective%20in%20eradicating%20the%20organism)
15. Centers for Disease Control and Prevention. Genital herpes. Sep 2022 [internet publication]. [Texto completo \(https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/herpes.htm\)](https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/herpes.htm)
16. Patel R, Green J, Clarke E, et al. 2014 UK national guideline for the management of anogenital herpes. Int J STD AIDS. 2015 Oct;26(11):763-76. [Texto completo \(https://www.bashhguidelines.org/current-guidelines/genital-ulceration/anogenital-herpes-2014\)](https://www.bashhguidelines.org/current-guidelines/genital-ulceration/anogenital-herpes-2014) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25861804?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25861804?tool=bestpractice.bmj.com)
17. National Institute for Health and Care Excellence. Endometriosis: diagnosis and management. Nov 2024 [internet publication]. [Texto completo \(https://www.nice.org.uk/guidance/ng73\)](https://www.nice.org.uk/guidance/ng73)
18. American College of Radiology. ACR appropriateness criteria: clinically suspected adnexal mass, no acute symptoms. 2023 [internet publication]. [Texto completo \(https://acsearch.acr.org/docs/69466/Narrative\)](https://acsearch.acr.org/docs/69466/Narrative)
19. American College of Radiology. ACR appropriateness criteria: fibroids. 2022 [internet publication]. [Texto completo \(https://acsearch.acr.org/docs/3188532/Narrative\)](https://acsearch.acr.org/docs/3188532/Narrative) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/insert_id?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/insert_id?tool=bestpractice.bmj.com)
20. Reid S, Leonardi M, Lu C, et al. The association between ultrasound-based 'soft markers' and endometriosis type/location: A prospective observational study. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2019 Mar;234:171-8. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30708269?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30708269?tool=bestpractice.bmj.com)

21. Guerriero S, Condous G, van den Bosch T, et al. Systematic approach to sonographic evaluation of the pelvis in women with suspected endometriosis, including terms, definitions and measurements: a consensus opinion from the International Deep Endometriosis Analysis (IDEA) group. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2016 Sep;48(3):318-32. [Texto completo \(https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/uog.15955\)](https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/uog.15955) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27349699?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27349699?tool=bestpractice.bmj.com)
22. Okaro E, Condous G, Khalid A, et al. The use of ultrasound-based 'soft markers' for the prediction of pelvic pathology in women with chronic pelvic pain--can we reduce the need for laparoscopy? *BJOG.* 2006 Mar;113(3):251-6. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16487194?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16487194?tool=bestpractice.bmj.com)
23. Agostinho L, Cruz R, Osório F, et al. MRI for adenomyosis: a pictorial review. *Insights Imaging.* 2017 Dec;8(6):549-56. [Texto completo \(https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5707223\)](https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5707223) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28980163?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28980163?tool=bestpractice.bmj.com)
24. Lim RP, Lee VS, Bennett GL, et al. Imaging the female pelvis at 3.0 T. *Top Magn Reson Imaging.* 2006 Dec;17(6):427-43. [Texto completo \(https://journals.lww.com/topicsinmri/fulltext/2006/12000/imaging_the_female_pelvis_at_3_0_t.7.aspx\)](https://journals.lww.com/topicsinmri/fulltext/2006/12000/imaging_the_female_pelvis_at_3_0_t.7.aspx) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17417090?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17417090?tool=bestpractice.bmj.com)
25. Maciel C, Bharwani N, Kubik-Huch RA, et al. MRI of female genital tract congenital anomalies: European Society of Urogenital Radiology (ESUR) guidelines. *Eur Radiol.* 2020 Aug;30(8):4272-83. [Texto completo \(https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7338830\)](https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7338830) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32221681?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32221681?tool=bestpractice.bmj.com)
26. Amsel R, Totten PA, Spiegel CA, et al. Nonspecific vaginitis. Diagnostic criteria and microbial and epidemiologic associations. *Am J Med.* 1983 Jan;74(1):14-22. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6600371?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6600371?tool=bestpractice.bmj.com)
27. Workowski KA, Bachmann LH, Chan PA, et al. Sexually transmitted infections treatment guidelines, 2021. *MMWR Recomm Rep.* 2021 Jul 23;70(4):1-187. [Texto completo \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8344968\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8344968) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34292926?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34292926?tool=bestpractice.bmj.com)
28. Shah A, Panjabi C. Human seminal plasma allergy: a review of a rare phenomenon. *Clin Exp Allergy.* 2004;34:827-838. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15196267?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15196267?tool=bestpractice.bmj.com)
29. Bernstein JA. Human seminal plasma hypersensitivity: an under-recognized women's health issue. *Postgrad Med.* 2011 Jan;123(1):120-5. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21293092?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21293092?tool=bestpractice.bmj.com)
30. Sublett JW, Bernstein JA. Seminal plasma hypersensitivity reactions: an updated review. *Mt Sinai J Med.* 2011 Sep-Oct;78(5):803-9. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21913207?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21913207?tool=bestpractice.bmj.com)
31. Bergeron S, Binik YM, Khalife S, et al. Vulvar vestibulitis syndrome: reliability of diagnosis and evaluation of current diagnostic criteria. *Obstet Gynecol.* 2001;98:45-51.

Texto completo (http://journals.lww.com/greenjournal/Fulltext/2001/07000/Vulvar_Vestibulitis_Syndrome__Reliability_of.9.aspx) Resumen (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11430955?tool=bestpractice.bmj.com>)

32. Kelly KG. Tests on vaginal discharge. In: Walker HK, Hall WD, Hurst JW, editors. Clinical methods: the history, physical, and laboratory examinations. 3rd ed. Boston, MA: Butterworths; 1990. Texto completo (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK288>) Resumen (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21250131?tool=bestpractice.bmj.com>)
33. British Association for Sexual Health and HIV. 2018 United Kingdom national guideline for the management of pelvic inflammatory disease. 2018 [internet publication]. Texto completo (<https://www.bashguidelines.org/current-guidelines/systemic-presentation-and-complications/pid-2019>)

Imágenes



Figura 1: Imperforación del himen con protuberancia y color azulado con hematocolpos

BMJ Case Reports 2009 [doi:10.1136/bcr.08.2008.0722] Derechos de autor © 2009 de BMJ Publishing Group Ltd.

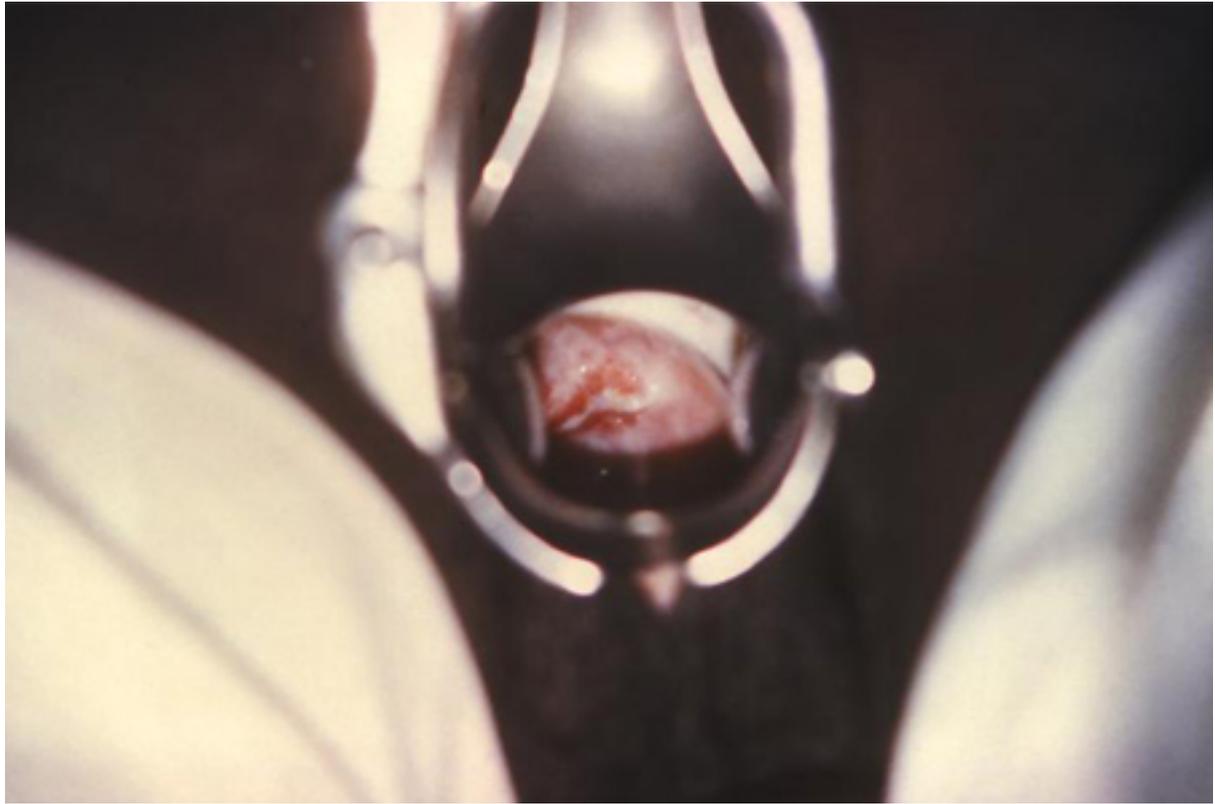


Figura 2: Cervicitis y secreción vaginal debido a gonorrea

CDC Image Library

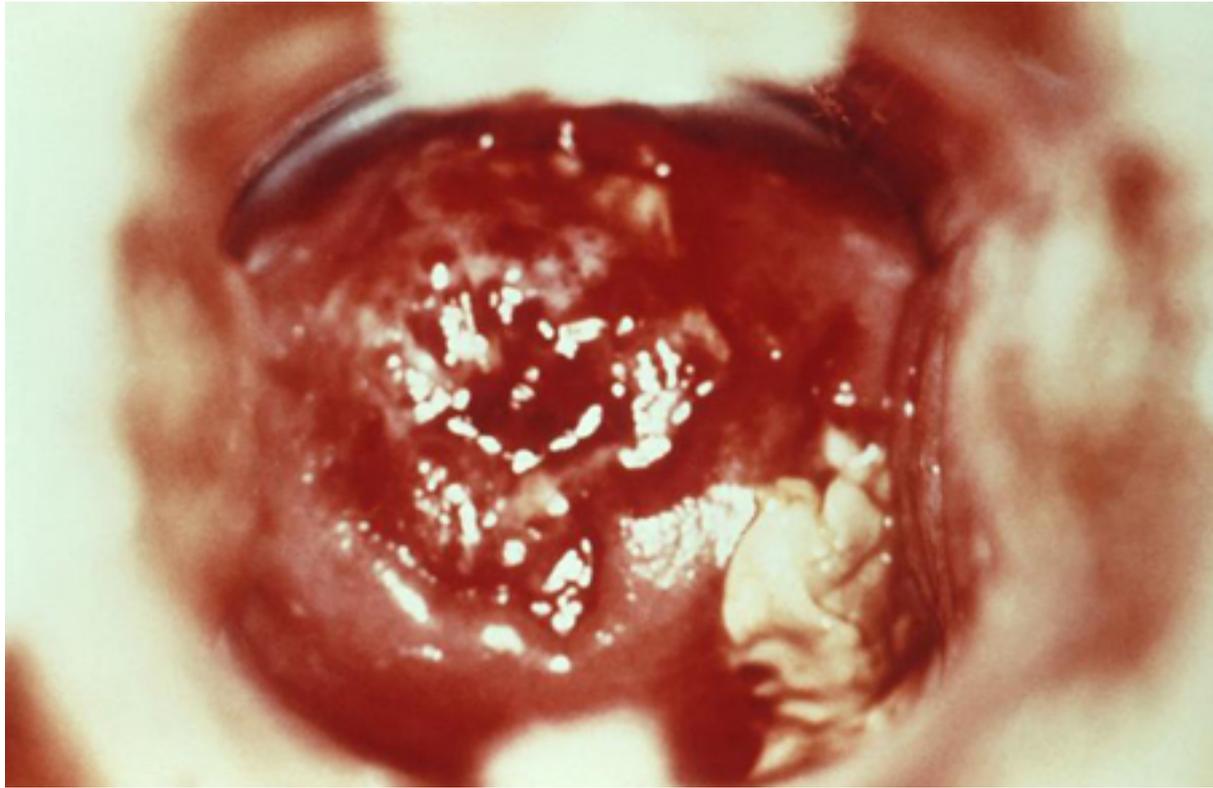


Figura 3: Cervicitis debido al virus herpes simple; se observa inflamación erosiva con purulencia paracervical concomitante

CDC Image Library / Dr. Paul Wiesner



Figura 4: Vaginitis por tricomonas con secreción purulenta abundante que emana del orificio del cuello uterino

CDC Image Library

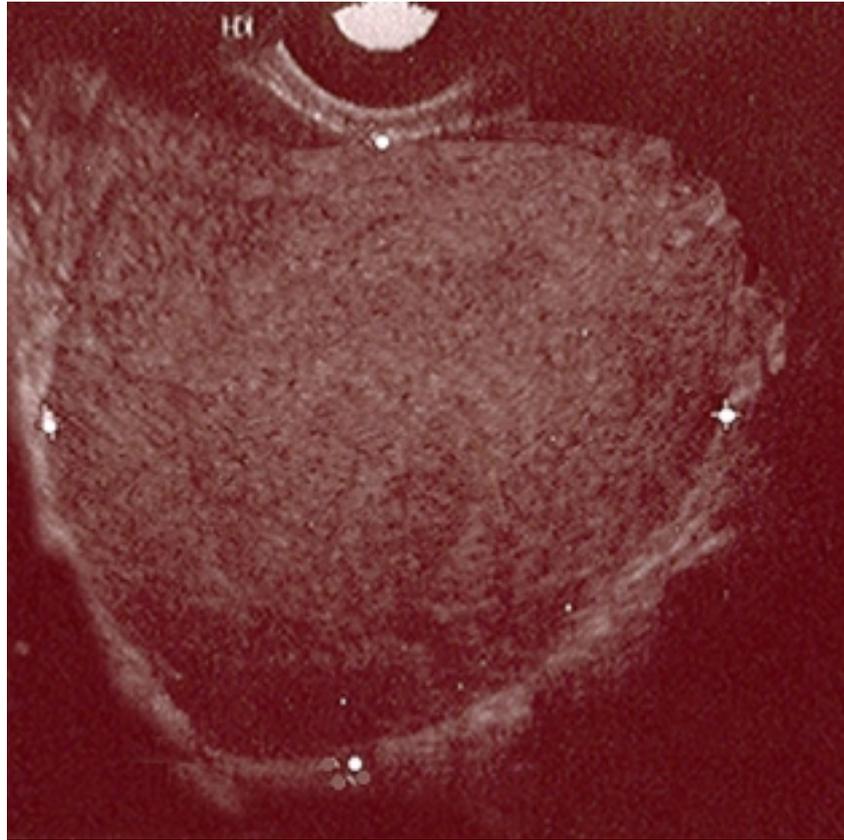


Figura 5: Ultrasonido de endometrioma ovárico

De la colección del Dr. Jonathon Solnik; utilizada con autorización

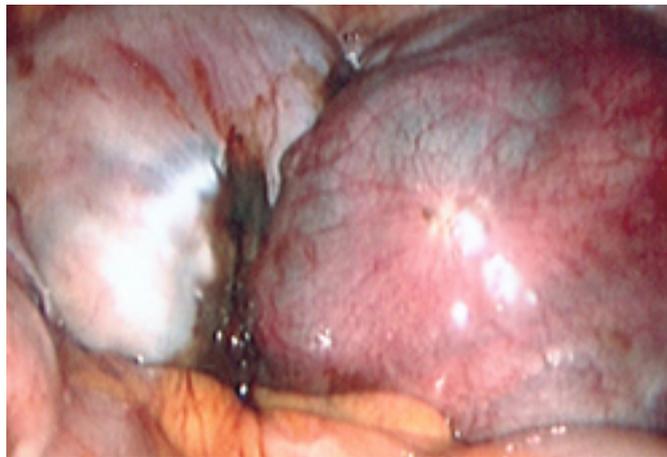


Figura 6: Imagen laparoscópica de endometrioma de ovario

De la colección del Dr. Jonathon Solnik; utilizada con autorización

Descargo de responsabilidad

BMJ Best Practice está dirigido a profesionales médicos licenciados. BMJ Publishing Group Ltd (BMJ) no promueve, ni respalda el uso de ningún fármaco o terapia contenida en esta publicación, ni tampoco diagnostica a los pacientes. Como profesional del ejercicio de la medicina, usted tiene la plena responsabilidad respecto a la atención y el tratamiento de sus pacientes y debe utilizar su propio criterio clínico y experiencia al utilizar este producto.

Este contenido no pretende abarcar todos los posibles métodos de diagnóstico, tratamientos, seguimiento, fármacos ni cualquier contraindicación o efecto secundario. Además, dado que esas normas y prácticas médicas cambian a medida que se dispone de nuevos datos, se deben consultar diversas fuentes. Recomendamos encarecidamente que verifique de forma independiente el diagnóstico, los tratamientos y el seguimiento especificados y que se asegure de que es adecuado para su paciente dentro de su región. Además, con respecto a los medicamentos de venta con receta, se aconseja consultar el prospecto del producto que acompaña a cada fármaco para verificar las recomendaciones de uso e identificar cualquier cambio en la pauta de dosificación o las contraindicaciones, en particular si el fármaco que se va a administrar es nuevo, se utiliza con poca frecuencia o presenta un rango terapéutico limitado. Debe asegurarse siempre de que los fármacos que receta están autorizados para su uso especificado y en las dosis especificadas en su país.

La información incluida en BMJ Best Practice se proporciona "tal cual" sin ninguna declaración, condición o garantía de que sea exacta y esté actualizada. BMJ y sus licenciadores y licenciarios no asumen ninguna responsabilidad por ningún aspecto del tratamiento administrado a ningún paciente con la ayuda de esta información. En la máxima medida en que la ley lo permita, BMJ y sus licenciadores y licenciarios no incurrirán en responsabilidad alguna, incluida, entre otras, la responsabilidad por daños y perjuicios, que se derive del contenido. Quedan excluidas todas las condiciones, garantías y otros términos que, de otro modo, podrían estar implícitos en la ley, incluidas, entre otras, las garantías de calidad satisfactoria, la idoneidad para un fin determinado, el uso de un cuidado y una capacidad razonables y la no infracción de los derechos de propiedad.

En los casos en que las prácticas óptimas de BMJ se hayan traducido a un idioma distinto del inglés, BMJ no garantiza la exactitud y fiabilidad de las traducciones, ni el contenido proporcionado por terceros (incluidos, entre otros, los reglamentos locales, las guías de práctica clínica, la terminología, los nombres de los fármacos y las dosis de los mismos). El BMJ no se hace responsable de los errores y omisiones derivados de la traducción y adaptación o de cualquier otro tipo. Cuando el BMJ Best Practice enumera los nombres de los fármacos, lo hace únicamente por las Denominaciones Comunes Internacionales recomendadas (DCI). Es posible que ciertas fórmulas de fármacos se refieran a los mismos fármacos con nombres diferentes.

Tenga en cuenta que las formulaciones y dosis recomendadas pueden diferir entre las bases de datos de fármacos, los nombres y marcas de los fármacos, las fórmulas de los fármacos o las localizaciones. Se debe consultar siempre un vademécum local para obtener información completa sobre la prescripción.

Las recomendaciones de tratamiento en las BMJ Best Practice son específicas para cada grupo de pacientes. Se recomienda tener cuidado al seleccionar el vademecum de fármacos integrados, ya que algunas recomendaciones de tratamiento son solo para adultos y los enlaces externos a un vademecum de pediatría no necesariamente recomienda su uso en niños (y viceversa). Compruebe siempre que ha seleccionado el vademecum correcto para su paciente.

En los casos en que su versión de BMJ Best Practice no coincida con la de vademecum local, deberá consultar una base de datos farmacéutica local para obtener información completa sobre los fármacos, incluidas las contraindicaciones, las interacciones farmacológicas y las dosis alternativas antes de recetar.

Interpretación de los números

Independientemente del idioma en el que se muestre el contenido, los números se muestran de acuerdo con el estándar de separador numérico original en inglés. Por ejemplo, los números de 4 dígitos no incluirán ni una coma, ni un punto decimal; los números de 5 o más dígitos incluirán comas; y los números que son

inferiores a 1 se representarán con puntos decimales. Véase la figura 1 a continuación para un cuadro explicativo.

BMJ no acepta ninguna responsabilidad por la mala interpretación de los números que cumplen con esta norma de separación numérica.

Este enfoque está en consonancia con la orientación del [International Bureau of Weights and Measures Service](#).

Figura 1 – Estilo de numeración de BMJ Best Practice

Números de 5 dígitos: 10,000

Números de 4 dígitos: 1000

numerales < 1: 0.25

Puede encontrar aquí nuestra página web completa y los términos y condiciones de la solicitud: [Términos y condiciones del sitio web](#).

Contacte con nosotros

+ 44 (0) 207 111 1105
support@bmj.com

BMJ
BMA House
Tavistock Square
Londres
WC1H 9JR
Reino Unido

BMJ Best Practice

Colaboradores:

// Autores:

Kai J. Buhling, MD, PhD

Professor

Head of Department of Gynecological Endocrinology and Reproductive Medicine, University Hospital Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Germany

DIVULGACIONES: KJB declares that he has no competing interests.

// Agradecimientos:

Dr Buhling would like to gratefully acknowledge Dr Hans-Joachim Ahrendt, Dr Suketu M. Mansuria and Dr Amy N. Broach, the previous contributors to this topic. SMM declares that he has no competing interests.

DIVULGACIONES: SMM declares that he has no competing interests.

// Revisores por pares:

Lori A. Brotto, PhD, R Psych

Assistant Professor

Department of Obstetrics and Gynecology, University of British Columbia, Vancouver, Canada

DIVULGACIONES: LAB declares that she has no competing interests.

Katherine E. Bunge, MD

Clinical Instructor

Magee-Womens Hospital, University of Pittsburgh, Pittsburgh, PA

DIVULGACIONES: KEB declares that she has no competing interests.