

Quince años de estudio sobre las adherencias de labios menores

Fifteen-Year Study on the Labial Adhesions

Jorge Peláez Mendoza,^I Virginia Juncal Hernández^{II}

^I Clínica Internacional de Retinosis Pigmentaria "Camilo Cienfuegos". La Habana, Cuba.

^{II} Policlínico "14 de Junio", municipio 10 de Octubre, La Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción: las adherencias de labios menores es un problema ginecológico frecuente en niñas prepuberales. De las niñas que lo padecen en algún momento de su vida (1,8 %), el pico de mayor incidencia está entre los 13 y 23 meses de edad.

Objetivo: mostrar los resultados de esta experiencia en el diagnóstico y manejo de esta entidad.

Métodos: se realizó un estudio descriptivo, longitudinal y retrospectivo. Se revisó la totalidad de las historias clínicas de 804 niñas atendidas desde el 1º de enero de 1998 hasta el 31 de diciembre de 2012. La muestra quedó integrada por 54 casos con diagnóstico de adherencias de labios menores. Las variables estudiadas fueron: edad al diagnóstico, motivo de consulta, hallazgos clínicos, tipo de sinequia, tratamiento impuesto, entre otras.

Resultados: hubo mayor incidencia de sinequias en niñas entre 3 meses y 3 años (74 %), con predominio de la variedad incompleta y dentro de esta la del tercio inferior (66,6 %). La distorsión anatómica de los genitales externos resultó el principal motivo de consulta (42,6 %). Los mejores resultados del tratamiento se lograron con la combinación de medidas higiénicas y ejercicios de tracción lateral vulvar con el uso tópico de estrógenos. Las recidivas se presentaron en 12,9 % de los casos a los seis meses de edad.

Conclusiones: la adherencia de labios menores es una causa importante de consulta ginecológica en niñas. Se asocia a una gran ansiedad en padres y familiares. Se obtuvo buenos resultados con el tratamiento médico, sobre todo cuando se empleó estrógenos localmente.

Palabras clave: adherencias de labios menores; ginecología infanto juvenil.

ABSTRACT

Introduction: Labial adhesions is a common gynecological problem in prepubertal adolescents. The highest peak incidence is between 13 and 23 months old of those girls suffering from this problem at some point in their life (1.8 %).

Objective: Show the results of this experience in the diagnosis and management of this condition.

Methods: A descriptive, longitudinal and retrospective study was conducted at revising all the medical records of 804 girls assisted from 1st January 1998 to 31st December, 2012. The sample was composed of 54 cases diagnosed with labial adhesions. The variables studied were age at diagnosis, presenting complaint, clinical findings, type of synechia, treatment, among others.

Results: There was higher incidence of synechiae in children between 3 months and 3 years (74 %), predominantly incomplete, and in the lower third (66.6 %). The anatomical distortion of the external genitalia was the main reason for consultation (42.6 %). Best treatment results were achieved with the combination of hygienic measures and vulvar lateral traction exercises with topical estrogen use. Recurrences occurred in 12.9 % of cases at six months of age.

Conclusions: Labial adhesion is a major cause of gynecological consultation in girls. It is associated with great anxiety in parents and relatives. Good results were obtained with medical treatment, especially when the topical use of estrogen.

Keywords: Labial adhesions; child and adolescent gynecology.

INTRODUCCIÓN

La adherencia de labios menores, conocida también como coalescencia, sinequias, aglutinación y conglutinación -según los diversos autores- es producida por el crecimiento contiguo de células epiteliales escamosas que forman un delgado puente lineal entre ambos labios menores. Hoy día constituye uno de los problemas ginecológicos más frecuentes en niñas prepuberales. De las niñas que lo padecen en algún momento de su vida (1,8 %), el pico de mayor incidencia (3,3 %) está entre los 13 y 23 meses de edad.^{1,2} Aunque la causa se desconoce, se ha relacionado con el bajo nivel de estrógenos que existe en las niñas antes de la pubertad.²⁻⁴

La clínica es muy variable. Las niñas con aglutinación labial o vulvar suelen llevarse a consulta médica por la distorsión anatómica que esta afección produce. En ocasiones, la aglutinación es tan completa que parece que no hay abertura a través de la cual pueda orinar la paciente. A veces, los casos avanzados de aglutinación se pueden confundir con un himen imperforado o genitales ambiguos.³

Esta entidad puede presentarse en las niñas asintómicamente o mostrar síntomas leves como irritaciones vaginales. De igual forma pueden presentarse síntomas más

importantes como infecciones vaginales y/o urinarias a repetición o incluso más graves, como incontinencia y retención urinaria.^{2,4} La mejora de la higiene genital sola o combinada con el uso de los estrógenos tópicos se han indicado como tratamiento médico e inicial en la mayoría de los casos,^{2,3,5,6} aunque en algunas ocasiones se ha optado por la separación manual e incluso la quirúrgica, sobre todo en casos graves.⁷ Sin embargo, no están claras ni la indicación ni la eficacia de los citados tratamientos. Tampoco se conoce el pronóstico a largo plazo de esos procedimientos.

El objetivo de este artículo es mostrar los resultados de esta experiencia en el diagnóstico y manejo de esta entidad, en un estudio que incluye una recopilación de todos los casos tratados por esta causa durante 15 años en una consulta de Ginecología Infanto Juvenil localizada en la comunidad. También se pretende conocer en qué grupo de edades resultó más frecuente este diagnóstico; determinar el tipo de adherencia más frecuente; identificar los motivos de consulta iniciales y las principales manifestaciones clínicas; mostrar los diferentes tratamientos utilizados y sus resultados y conocer con qué frecuencia ocurren las recidivas y su relación con el tratamiento indicado.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, longitudinal y retrospectivo, en el que se revisó 100 % de las historias clínicas de 804 niñas atendidas en la consulta de Ginecología Infanto Juvenil del Consultorio 36 del Policlínico Luis Pasteur, municipio 10 de Octubre en la provincia de La Habana durante el período comprendido desde 1º de enero de 1998 hasta el 31 de diciembre de 2012. La muestra quedó integrada por 54 casos con diagnóstico confirmado de adherencias de labios menores en sus diversos estadios evolutivos.

Se estudiaron entre otras variables aquellas relacionadas con: el motivo inicial de consulta, principales hallazgos detectados durante el examen físico y ginecológico inicial, tipo de adherencia (total o parcial), presencia o no de una infección concomitante así como el tratamiento impuesto y sus resultados, con énfasis en las recidivas.

Los datos fueron tomados de los expedientes clínicos, y recogidos en una base de datos para ser procesados y reflejados en tablas estadísticas que permitan el análisis y la comprensión de los resultados. Para el análisis estadístico sobre los grupos de comparación se realizaron pruebas acordes al diseño de dos grupos independientes, mediante la aplicación de pruebas de independencia de X².

Este estudio tiene las limitaciones propias de las investigaciones retrospectivas y no experimentales. Sin embargo, se ha tratado que su diseño sea lo más adecuado posible para valorar los aspectos que nos trazamos como objetivos, pues existe muy poca literatura sobre el tema publicada en el país. En tanto, se trata de una entidad relativamente frecuente, poco conocida por el personal de salud que labora en la atención primaria y de fácil resolución en breve plazo, que causa gran ansiedad en los padres y la familia en general.

RESULTADOS

Durante el período analizado se atendieron en la consulta un total de 6 783 pacientes; de ellas, 804 estaban comprendidas en el grupo de 10 años o menos (11,9 %). Dentro de las niñas atendidas a 54 (6,7 %) se les realizó un diagnóstico de adherencias de labios menores. Del total de sinequias atendidas, 40 casos (74 %) se encontraban entre 3 meses y 3 años de vida ([tabla 1](#)).

Tabla 1. Incidencia de adherencias de labios menores por edades

Grupos de edades	Nº casos	%	Adherencia LM	%
3 - 11 meses	17	2,1	8	47,1
1 - 3 años	252	31,3	32	12,7
4 - 6 años	331	41,2	11	3,3
7 y más años	204	25,4	1	0,5
Total	804	100	54	6,7

Ref. Consulta de Ginecología Infanto Juvenil, consultorio 36, Policlínico Pasteur, La Habana 1998-2012. $P \leq 0,01$

De manera global la [tabla 1](#) muestra el comportamiento por edades de las niñas atendidas en consulta. Hubo 17 casos entre 3 y 11 meses (2,1 %), 252 entre 1 y 3 años (31,3 %), 331 entre 4 y 6 años (41,2 %) y 204 (25,4 %) con 7 años y más. Al estudiar la incidencia de las sinequias de labios menores en relación con los grupos de edad, fue significativo ($p \leq 0,01$) el predominio de este diagnóstico entre las menores de 1 año con 8 casos (47,1 %) seguido por el grupo entre 1 a 3 años con 32 casos (12,7 %) del total de niñas atendidas en ese rango de edades.

Respecto a los síntomas referidos, predominaron en esta casuística las pacientes asintomáticas en las que la distorsión de la anatomía genital fue la principal causa de asistencia a la consulta ginecológica. Como muestra la [tabla 2](#), de las 54 niñas con diagnóstico de adherencia de labios menores, 23 (42,6 %) consultaron por la alteración anatómica de los genitales; la segunda causa de consulta fue la presencia de irritación y flujo con 20 casos (37,1 %). Como también evidencia esta tabla, predominaron las adherencias del 1/3 inferior con 36 casos (66,6 %), seguidas por 14 pacientes con adherencias de los 2/3 inferiores (25,9 %) ([Fig.](#)) y solo en 4 casos (7,4 %) se tuvo como hallazgo la presencia de adherencias completas. De las 20 niñas que consultaron por irritación y flujo, en 19 (95 %) se encontró la presencia de adherencias del 1/3 inferior de los labios menores, pero en general no se encontró una relación significativa entre el motivo de consulta y el tipo de adherencia presente.



Fig. Adherencia de 2/3 de labios menores en niña de 13 meses de vida, evidenciada con tracción lateral de la vulva.

En relación con los hallazgos al examen clínico, predominaron los asociados a la distorsión anatómica de los genitales secundaria a la sinequia, que estuvo presente en la totalidad de los casos. En 11 casos (20,4 %) se encontró un flujo escaso no francamente patológico. Por otra parte, en 8 casos hubo evidencias clínicas de infección local dada por la presencia de leucorrea de características patológicas, así como por la presencia de eritema y fisuras. En cinco de estos casos se detectaron lesiones de rascado y evidencias de infestación por oxiuros.

Respecto al tratamiento se utilizaron las pautas u opciones que se muestran a continuación:

- Opción 1: Modificación de los hábitos de higiene genital y general acompañado de ejercicios para la suave tracción lateral de la vulva con vistas a favorecer la separación de los labios menores.
- Opción 2: Medidas tomadas en la opción 1 con la adición del uso de crema tópica de estrógenos conjugados equinos aplicados en el introito y vulva al levantarse y al acostarse por 2 semanas (uso continuo).
- Opción 3: Medidas tomadas en la opción 1 y 2 más el uso de crema antibiótica local (Gentamicina o Neomicina) después del baño por 7 días, adicionándoles Mebendazol y medidas higiénicas específicas a los casos con infestación por oxiuros confirmada ([tabla 3](#)).

En ningún caso se realizó la separación manual forzada ni la quirúrgica, a pesar de tener cuatro casos con sinequias completas. En estos resultó vital la cooperación de ambos padres.

En relación con el tipo de tratamiento utilizado según el grado de la adherencia labial ([tabla 3](#)), en 10 pacientes se utilizó la opción 1. En todos los casos eran portadoras

de adherencias del 1/3 inferior y se obtuvo remisión del proceso entre 3 a 4 semanas como promedio.

En 36 pacientes se utilizó la opción 2 de tratamiento, 26 de ellas (72,2 %), presentaron adherencias del 1/3 inferior. En tanto 10 de ellas (27,7 %) tenían adherencias de los 2/3 inferiores, el período de remisión para esta variante de tratamiento se comportó con 8 pacientes que presentaron remisión completa entre 1 a 2 semanas (22,2 %). Así pues, 21 tuvieron una regresión total entre las 3 y 4 semanas (58,3 %), en 7 casos (19,4 %) la remisión llevó 4 o más semanas, se repitió en algunas de ellas en un segundo ciclo de tratamiento después de 2 semanas de pausa.

Solo en 8 pacientes se utilizó la opción 3 de tratamiento. Todos los casos presentaron evidencias notables de infección local concomitante, en 4 pacientes (50 %) existía una adherencia de los 2/3 inferiores, las otras 4 tenían adherencias total o completa además de signos de infección, predominando en este grupo las remisiones en 4 semanas y más, sobre todo en pacientes con adherencias totales en las que fue necesario realizarle al 100 % un segundo ciclo de tratamiento. En ningún caso se hizo necesario realizar la separación manual o quirúrgica de la adherencia. Dentro de las manifestaciones o secuelas del tratamiento solo hubo 7 pacientes que presentaron hiperpigmentación de la vulva por impregnación estrogénica, las que remitieron en la totalidad de los casos entre 2 a 3 meses posteriores al tratamiento.

Finalmente, al comentar el comportamiento de las recidivas, se puede afirmar que solo hubo 7 pacientes (12,9 %) que presentaron recidivas en los 6 meses posteriores a la remisión total postratamiento inicial. De ellas, una había tenido una adherencia del 1/3 inferior (2,8 %) y cuatro habían presentado inicialmente una adherencia de los 2/3 inferiores (28,6 %) en tanto las otras dos fueron tratadas previamente por adherencias completas (50 %).

DISCUSIÓN

Los reportes recientes sobre la incidencia de las sinequias de labios menores afirman que aunque no todas las niñas sufran durante su vida de al menos un episodio de sinequias de labios menores, lo cierto es que su detección en consultas especializadas se hace relativamente más frecuente. Es considerado uno de los problemas ginecológicos más frecuentes en las niñas antes de la pubertad.⁸⁻¹⁰

Los estudios sobre la incidencia de este padecimiento tienen como denominador común el cálculo de la incidencia dentro de la población global infantil, con un generalizado consenso de que su mayor frecuencia diagnóstica tiene lugar en las niñas entre 13 y 23 meses de vida.^{1,2,7,8} Se llega a afirmar que cerca del 3,3 % de todas las menores de 10 años sufrirán al menos de un episodio de adherencias labiales.^{2,8,9} Los cálculos de incidencia realizados no se basaron sobre la población global, sino que está relacionada con el total de niñas que fueron atendidas en la consulta. No obstante, también se encontró un predominio significativo de esta entidad en niñas entre los 3 meses y 3 años de vida, a todas luces la edad en la que existe un menor nivel de estrógenos, considerándose este elemento como un importante factor etiológico.^{7,9,11,12}

Dentro de las causas etiológicas para la ocurrencia de las adherencias de labios menores, los autores suelen mencionar:

1. La deprivación estrogénica, que más bien es un factor contribuyente, pues todas las niñas luego del nacimiento, experimentan la pérdida de los estrógenos maternos que pasaron a través de la placenta y sus genitales sufren una regresión fisiológica con respecto a la condición que presentan al nacer.⁷
2. La higiene inadecuada que provocaría un cuadro inflamatorio local que a su vez generaría la adhesión de los bordes libres.
3. El uso de irritantes locales que tendría un efecto similar al anterior.
4. La infección previa con el mismo efecto antes descrito.
5. El traumatismo previo que puede generar un efecto similar al anterior, y explicaría las recidivas frecuentes y de mayor adherencia, cuando se realiza la separación manual forzada o la lisis quirúrgica.^{7,9}

La mayor parte de las madres cuyas niñas tienen sinequia de labios, refieren no haber separado nunca los labios menores de sus niñas en el momento de la higiene, por temor a causarles algún daño. Muchas de ellas refieren que no las orientaron respecto a cómo realizar la higiene genital de sus niñas y algunas comentan que fueron aconsejadas de no manipular los genitales por ningún motivo.⁷

Existe consenso respecto a que en la génesis de la aglutinación labial se presenta una combinación de una vulvitis leve, asociada -por lo general- a una higiene genital deficiente, concomitando -a su vez- con un estado de hipoestrogenismo. También se plantea una tendencia constitucional a padecer la afección, lo cual no está basado en datos comprobados.^{9,12} En esta experiencia hemos tenido casos con sinequias reiteradas en menores con buena higiene genital y un entorno familiar positivo. En tanto, se han tratado a muchas niñas con vulvovaginitis a repetición y deficiente higiene genital en las que nunca se han presentado sinequias, por lo que es evidente el peso que pudiera tener la predisposición constitucional a padecer esta entidad.

Respecto a la sintomatología, muchas niñas con aglutinación cursan totalmente asintomáticas, y solo acuden a consulta por la distorsión en la apariencia de los genitales externos. Cuando aparecen síntomas, estos casi siempre se asocian a vulvitis y otras infecciones locales, pueden aparecer síntomas urinarios cuando las sinequias son completas o solo muestran un orificio muy pequeño a través del cual fluye la orina.^{2,7,9,10,13} En esta investigación, el comportamiento de la sintomatología fue muy similar al reportado en la bibliografía. Predominaron las pacientes asintomáticas en las que la distorsión de la anatomía genital fue la principal causa de asistir a consulta ginecológica.

A pesar de que en más del 80 % de los casos las sinequias remiten de manera espontánea en un año, la mayoría de los autores recomiendan no esperar e iniciar tratamiento, esto se basa sobre todo, en la gran ansiedad que esta entidad crea en los padres y el mayor riesgo de que se establezca un puente cutáneo a nivel de la sinequia que requiera entonces de abordaje quirúrgico posterior.^{5,6,9-12}

En los estudios revisados, existe un marcado predominio del uso de los estrógenos tópicos locales en el tratamiento de las sinequias labiales, ya estén combinados o no con otras medidas terapéuticas.^{3,5,6,8,10-13} La tasa de curación en las adherencias de los labios menores tras el tratamiento con estrógenos tópicos osciló, según los autores, entre 46,7 % y 79 %. Los resultados fueron peores en las niñas mayores de

3 años y en los casos de adherencias densas y fibrosas.^{5,6,11,12} La tasa de recurrencia fue del 11 % en dos de los estudios^{5,6} y del 41 % en el de *Schober*,¹¹ en el que el tiempo de seguimiento fue más largo. Resultados similares se obtienen en otros estudios de idénticas características. En el seguimiento posterior a estas niñas durante 6 meses, la tasa de recurrencia fue similar a la reportada en la bibliografía (12,9 %), pero esta estuvo relacionada sobre todo a los casos en que no se utilizaron estrógenos locales.

Basado en estos resultados y en la revisión bibliográfica, no sería desacertado concluir que el tratamiento tópico con estrógenos en las adherencias de los labios menores es eficaz y seguro, con escasos y poco importantes efectos adversos, por lo que se puede considerar de primera elección, principalmente en las niñas con síntomas secundarios.

La literatura refiere^{7,11-13} que en las pacientes refractarias al tratamiento médico se podría plantear la separación manual y, si esta no es eficaz, la separación quirúrgica. Lo que también parece claro es que para evitar o disminuir las recurrencias asociadas a dichos tratamientos, se deben administrar estrógenos tópicos durante los cinco días posteriores a la manipulación. A falta de estudios aleatorios experimentales debidamente diseñados, no se puede establecer una indicación clara en el tratamiento de niñas asintomáticas. Dada la tasa de recurrencias del tratamiento médico, que podría dar lugar a la indicación de tratamientos menos conservadores en niñas sanas, se pudiera considerar que no tratar las adherencias labiales en niñas asintomáticas no conlleva un mayor riesgo de que estos se presenten posteriormente.^{2,11-13} Así como que las adherencias se pueden resolver espontáneamente a medida que las niñas crecen, lo que hace pensar que en este grupo pudiera estar más indicado un manejo conservador sólo con seguimiento clínico, tal como opinan otros autores.¹⁴

En relación con los efectos adversos del uso tópico de estrógenos, la literatura sobre el tema comenta que dentro de estos se hallan la aparición de desarrollo mamario y la hiperpigmentación vulvar,^{7,12,14} los cuales no son frecuentes y desaparecen al suspender la medicación. En este estudio se presentaron pocos efectos adversos asociados a este tratamiento, pues solo en contados casos hubo hiperpigmentación de la vulva, la que desapareció poco tiempo después de finalizado el tratamiento.

No obstante, estos posibles efectos adversos deben ser informados siempre a los padres pues pueden llegar a ser importantes, dado a la angustia que generan en la familia cuando se manifiestan. Para evitarlo, se ha propuesto el tratamiento con betametasona al 0,05 %, usado ampliamente en el tratamiento de la fimosis en niños. Al respecto, en un estudio retrospectivo, *Myers*¹⁵ concluye que el uso tópico de betametasona es eficaz para reducir la ocurrencia de efectos adversos, pero la muestra de su estudio estaba constituida solo por 19 niñas, 14 de las cuales habían sido tratadas previamente con estrógenos tópicos y una de ellas, con tratamiento quirúrgico. Concluimos entonces que las adherencias o sinequias de labios menores constituyen un problema ginecológico frecuente en las niñas antes de la pubertad, son de escaso conocimiento y dominio en la población médica general y se asocia a gran ansiedad en padres y familiares. Su mayor frecuencia tiene lugar entre los 3 meses y los 3 años de vida y por lo general son asintomáticas, siendo la alteración anatómica de los genitales el principal motivo de consulta. El tratamiento tópico con estrógenos en combinación con las medidas de higiene y ejercicios de tracción lateral es eficaz y seguro, con escasos y poco importantes efectos adversos, por lo que se puede considerar de primera elección. Consideramos que para tener un criterio más sólido y fundamentado para evaluar el comportamiento de las recidivas se debe de prolongar el período de seguimiento pos tratamiento al menos por un año.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores no declaran conflicto de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Leung AK, Robson WL, Tay-Uyboco J. The incidence of labial fusion in children. *J Paediatr Child Health*. 1993;29:235.
2. Orejón de Luna G, Fernández Rodríguez M. Adherencias de los labios menores en niñas prepuberales asintomáticas: tratar o no tratar. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2009;11(44):23-7.
3. Peláez Mendoza JO. Alteraciones Anatómicas de los Genitales Externos. En: *Ginecología Pediátrica y de la Adolescente. Temas para el médico de familia*. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2007. p. 67-8.
4. Emans SJ. Adherencias de Labios Menores. En: Emans SJ, Laufer MR, Goldstein DP, editores. *Ginecología en Pediatría y la Adolescente*. 5ta. ed. México DF: McGraw-Hill Interamericana; 2008. p. 76-7.
5. Leung AK, Robson WL, KAO CP, Liu EK, Fong JH. Treatment of labial fusion with topical estrogen therapy. *Clin Pediatr (Phila)*. 2005;44(3):245-7.
6. Sover T. Topical estrogen therapy in labial adhesions in children: therapeutic or prophylactic? *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2007;20:241-44.
- 7.- Corimanya Jorge M. Sinequia de labios menores. En: *Ginecología Pediátrica*. Disponible en: <http://ginecologiapediatrica.blogspot.com/2009/06/sinequia-de-labios-menores.html>
8. Bacon JL. Prepubertal labial adhesions: Evaluation of a referral population. *Am J Obstet Gynecol*. 2012;187:327-32.
9. Peláez Mendoza JO: Alteraciones anatómicas de los genitales, en *Tratado de Ginecología Pediátrica*, de Jaramillo Sánchez A. y col, Capítulo XVII Ginecología, 1ra edición, Editorial CONCYTEC. Lima-Perú; 2006. p. 716-20.
10. Pereira Pacheco B. Coalescencia de labios menores, en *Ginecología Infante Juvenil*, de Sánchez de la Cruz B. y col, Capítulo 9, Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires; 2011. p. 91-7.
11. Schober J, Dulabon L, Martín-Alguacil N, Kow LM, Pfaff D. Significance of topical estrogens to labial fusion and vaginal introital integrity. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2006;19:337-9.
12. Muram D. Treatment of prepuberal girls with labial adhesions. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 1999;12:67-70.

13. Tebruegge M, Misra I, Nerminathan V. Is the topical application of estrogen cream an effective intervention in girls suffering from labial adhesions?. Arch Dis Child. 2009;92(3):268-71.
14. Omar HA. Opinion in pediatric and adolescent gynecology. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2008;13:183-6.
15. Myers JB, Sorensen CM, Wisner BP, Furness PD, Passamaneck M, Koyle MA. Betamethasone cream for the treatment of pre-pubertal labial adhesions. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2006;19:407-11.

Recibido:12 de agosto de 2015.

Aprobado: 21 de septiembre de 2015.

Jorge Peláez Mendoza. Clínica Internacional de Retinosis Pigmentaria "Camilo Cienfuegos". La Habana, Cuba.

Correo electrónico: jorge.pelaez@retina.sld.cu