



Viernes 11 de febrero de 2011

Seminario:

“Problemas ginecológicos  
en la adolescencia”

**Moderadora:**

Carmen Villaizán Pérez

Pediatra de AP. CS de Sonseca. Toledo.

**Ponentes/monitores:**

- **M.ª José Rodríguez Jiménez**  
Facultativo Especialista de Área. Servicio de  
Ginecología y Obstetricia. Hospital Infanta Sofía.  
San Sebastián de los Reyes. Madrid.

Textos disponibles en  
[www.aepap.org](http://www.aepap.org)

¿Cómo citar este artículo?

Rodríguez Jiménez MJ. Problemas ginecológicos en la adolescencia. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2011. Madrid: Exlibris Ediciones; 2011. p. 213-9.



Comisión de Formación Continuada  
de los Profesores Titulares de  
la Universidad de Madrid

## Problemas ginecológicos en la adolescencia

M.ª José Rodríguez Jiménez

Facultativo Especialista de Área. Servicio de Ginecología  
y Obstetricia. Hospital Infanta Sofía.

San Sebastián de los Reyes. Madrid.

[mjroddjim@hotmail.com](mailto:mjroddjim@hotmail.com)

### RESUMEN

Seminario de dos horas de duración en el que se abordarán de una forma eminentemente práctica los problemas ginecológicos más frecuentes que presentan las adolescentes y que pueden ser motivo de consulta al pediatra.

Desde la presentación y el trabajo individualizado de varios casos clínicos se expondrán las alteraciones menstruales tanto por exceso como por defecto, el dolor pélvico de causa ginecológica y las características especiales de la anticoncepción en la adolescencia.

### INTRODUCCIÓN

Durante la infancia, la patología ginecológica es infrecuente, pero la inspección de los genitales externos y la palpación de las mamas siempre deben formar parte de la exploración física sistemática realizada por el pediatra. Es necesaria también la detección de cualquier anomalía en la configuración externa de los genitales y del himen, pues muchos errores diagnósticos se originan por la omisión de la exploración.

En la pubertad vamos a encontrarnos con motivos de consulta concretos: retraso en la aparición de la menstruación, alteraciones del ciclo, metrorragias, y con otro problema nuevo: que actualmente, debido a una actitud social más tolerante, a la

influencia de los medios de comunicación, etc., es frecuente el inicio de las relaciones sexuales, que se van a asociar a unas determinadas pautas de conducta que favorecen las infecciones de transmisión sexual (ITS) y el embarazo.

El papel del médico, sobre todo en la adolescencia, no debe limitarse a la valoración, diagnóstico y tratamiento del problema por el que consulta la adolescente, sino que debe ir más allá, hacia una acción preventiva y educativa. La falta de sensibilidad hacia las preocupaciones y necesidades de la joven pueden convertir un acontecimiento potencialmente instructivo en una experiencia física y emocionalmente traumática que condicionará actitudes ante los médicos, especialmente ante el ginecólogo, que persistirán el resto de su vida.

## PRINCIPALES PROBLEMAS GINECOLÓGICOS EN LA ADOLESCENCIA

### Alteraciones menstruales

La edad media de la primera menstruación, o menarquia, en la población española es de 12,6 años, por lo que suele ser el pediatra al que se va a consultar, más que al ginecólogo, por alteraciones del ciclo, tanto por exceso como por defecto. La incidencia real de dichas alteraciones es desconocida pero alta, pues se relaciona con la existencia de ciclos anovulatorios que constituyen del 55% al 82% de todos los ciclos en los primeros dos años tras la menarquia.

La importancia de las alteraciones del ciclo por exceso –hemorragia uterina disfuncional (HUD)– es que el sangrado, por su intensidad o por su persistencia en el tiempo, puede dar lugar a anemia e incluso a necesidad de transfusión.

En las alteraciones por defecto –amenorreas– lo importante es diferenciar si se trata de una amenorrea primaria relacionada con patología orgánica o con un retraso constitucional, o si es una amenorrea secundaria a enfermedades sistémicas o endocrinas.

La HUD de la adolescente se debe a ciclos anovulatorios en los que el estímulo de los estrógenos (E) sobre el endometrio sin la oposición de la progesterona (PG) hace que este prolifere desordenadamente. La clínica típica son fases de amenorrea de 2-4 meses seguidas de sangrado abundante durante 3-4 semanas. Otras veces, la irregularidad del sangrado es completa. Son hemorragias indoloras.

Se habla de amenorrea primaria ante la ausencia de menarquia a los 14 años acompañada de falta de desarrollo de los caracteres sexuales secundarios o a los 16 años, si estos se han desarrollado adecuadamente.

La amenorrea secundaria es la ausencia de menstruación durante seis o más meses en una joven que ya la tenía, habiendo descartado gestación.

### Evaluación diagnóstica

Las metrorragias en la adolescente son diagnosticadas como funcionales (HUD) cuando se excluye otra patología causante. Para ello nos basamos en la anamnesis, y las exploraciones física y ginecológica.

En cuanto a la anamnesis, además de edad de la menarquia, tipo y duración del ciclo y tiempo de evolución de las alteraciones, es interesante preguntar por antecedentes de epistaxis, gingivorragias o antecedentes familiares de enfermedades sistémicas (lupus, diabetes) o de la coagulación.

En la exploración física valoraremos el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, el estado nutricional y la palidez.

La exploración ginecológica mediante tacto vaginal es preceptiva si la joven ha tenido relaciones sexuales, pero en niñas más pequeñas puede sustituirse por la inspección de vulva y vagina, descartando tumoraciones a ese nivel, y una ecografía pélvica para valorar útero y anejos.

Es aconsejable realizar una analítica completa que nos informe de la repercusión hemodinámica del sangrado y

del estado de la coagulación. No es necesario realizar estudios hormonales.

Con todos estos datos podremos diagnosticar si la causa es disfuncional (74%), una alteración de la coagulación (19%) u otra (7%) como traumatismos, tumores, enfermedades sistémicas, coito, etc. (figura 1).

La causa de una **amenorrea** puede ser orgánica, por malformaciones del tracto excretor o del útero (siempre provocan amenorrea primaria), por alteración del funcionamiento del ovario o bien de origen central, por alteraciones en hipófisis o hipotálamo.

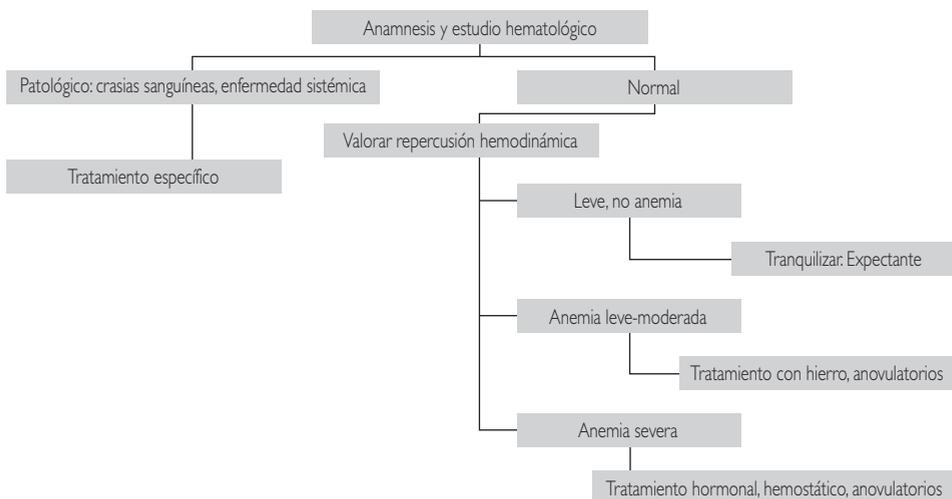
En la amenorrea primaria, la anamnesis debe recoger datos sobre el desarrollo puberal de otros miembros de la familia. Valoraremos los caracteres sexuales secundarios, el peso y talla, la existencia de galactorrea, el tamaño del tiroides y los signos de hirsutismo. Exploraremos los genitales externos, comprobando la permeabilidad del himen y que no existan tabiques vaginales; la longitud de la vagina mediante tacto unidigital y practicaremos una ecografía para comprobar la existencia de útero y ovarios. Si se detecta una malformación, es imprescindible el estudio del cariotipo.

La amenorrea secundaria, descartando patología tiroidea o hiperprolactinemia, va a ser de origen central (lo más frecuente) o por anovulación, la cual a su vez puede asociarse a un hiperandrogenismo en el síndrome del ovario poliquístico. Mediante la anamnesis y la exploración descartaremos en primer lugar un embarazo, valoraremos el estado nutricional de la paciente mediante determinación del índice de masa corporal (IMC) y buscaremos signos de androgenización como acné, alopecia y presencia de vello en pezón, surco intermamario o línea alba.

Las pruebas analíticas deben incluir la determinación de hormonas tiroideas (para descartar hipo- o hipertiroidismo como causa de amenorrea), prolactina (una hiperprolactinemia funcional o debida a tumor hipofisario causa amenorrea con o sin galactorrea), estrógenos, progesterona y andrógenos (para valorar producción ovárica) y LH y FSH (que en el caso de estar elevadas hablarían de un fallo ovárico y de ser bajas, de una amenorrea de causa central).

En las amenorreas secundarias es muy útil el test de provocación con gestágenos: administramos un gestágeno (acetato de medroxiprogesterona 10 mg) durante cinco

**Figura 1.** Algoritmo diagnóstico de hemorragia uterina juvenil



días; si tiene lugar una hemorragia por deprivación, la causa es una anovulación (por incremento o pérdida de peso, por exceso de andrógenos en el síndrome de ovario poliquístico). Si no se produce tal sangrado es porque la producción de estrógenos no es suficiente y, descartado un fallo ovárico secundario en el que las gonadotropinas estarían muy elevadas, la causa es central, a nivel de hipotálamo o hipófisis: son las amenorreas de estrés, de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), del ejercicio físico intenso, etc. (figura 2).

## Tratamiento

Las metrorragias de la adolescente no siempre necesitan tratamiento médico y, deberse en su mayoría a una inmadurez del eje hipotálamo-hipófisis-ovario, suelen mejorar espontáneamente. Lo importante es valorar la repercusión que tienen en la joven y vigilar la evolución del cuadro.

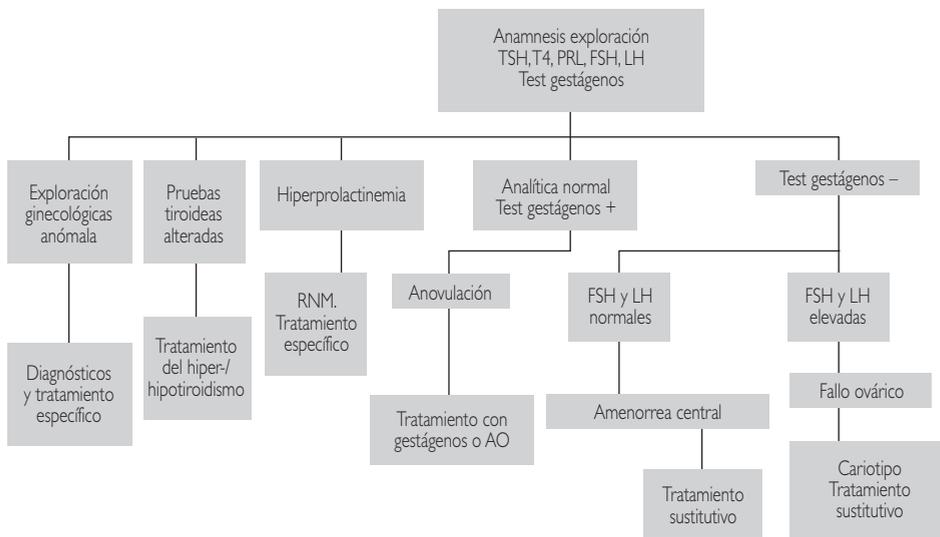
En el caso de metrorragias o ciclos irregulares que no tengan repercusión hemodinámica, tranquilizar a la paciente, aconsejar medidas higiénico-dietéticas, como

reposo los días de mayor sangrado o alimentos ricos en hierro, y controlar cada tres meses la evolución de las reglas.

Si las metrorragias causan anemia, además de un suplemento con hierro las pacientes pueden beneficiarse de tratamiento hormonal bien con gestágenos en la segunda mitad del ciclo (progesterona micronizada 200 mg/día, acetato de medroxiprogesterona 5 mg/día, los días 15 a 25 del ciclo), estrógenos y gestágenos combinados (valerato de estradiol + gestágeno [Progyluton®] durante 21 días) o anticonceptivos, si creemos que tiene relaciones sexuales o si queremos que el sangrado sea mínimo (etinilestradiol + gestágeno 1/día/21 días). El tratamiento se mantendrá de tres a seis meses y valoraremos la evolución de los ciclos tras la suspensión del mismo.

En el caso de una amenorrea primaria debida a una malformación del aparato genital, el tratamiento será el específico de cada caso: quirúrgico en el himen imperforado o el septo vaginal, creación de neovagina en el síndrome de Rockitansky, etc.

**Figura 2.** Algoritmo diagnóstico de las amenorreas



AO: anticonceptivos orales; FSH: hormona foliculoestimulante; LH: hormona luteinizante; PRL: prolactina; RNM: resonancia nuclear magnética; TSH: hormona tiroestimulante.

En los casos de insuficiencia ovárica, es imprescindible una sustitución cíclica secuencial utilizando estrógenos naturales y gestágenos a fin de inducir y activar el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios. También son necesarios para alcanzar el pico de masa ósea, pues las jóvenes con déficit estrogénico presentan osteoporosis e incluso fracturas patológicas.

Los objetivos del tratamiento son:

- Inducir el desarrollo mamario normal.
- Provocar menstruación.
- Alcanzar el pico de masa ósea.
- Aumentar la velocidad del crecimiento.

Para inducir el desarrollo mamario se utilizan dosis bajas de estrógenos. Para acelerar aún más el desarrollo e inducir la menstruación en un segundo tiempo se duplica la dosis de estrógenos dependiendo de la talla final pronosticada, la edad ósea y el deseo de la paciente de acelerar el desarrollo mamario. A los dos o tres meses de haber aumentado la dosis, se añade un gestágeno los cinco primeros días del mes. Esta dosis de gestágeno se administra solo hasta concluir el desarrollo mamario en los siguientes seis meses y posteriormente se incrementa a diez días al mes hasta concluir 14 días al mes para protección endometrial.

El tratamiento de la amenorrea secundaria dependerá de la causa que lo provoque. Si la causa es un trastorno de la función tiroidea, el tratamiento será el adecuado según se trate de hiper- o hipotiroidismo.

Si se detecta una hiperprolactinemia, tras descartar la existencia de un prolactinoma, se instaurará tratamiento con cabergolina: uno o dos comprimidos/semana.

Si es una amenorrea por anovulación, además de medidas higiénico-dietéticas como la pérdida de peso o evitar el estrés, se iniciará un tratamiento con gestágenos durante la segunda mitad del ciclo (progesterona micronizada 200 mg/día; acetato de medroxiprogesterona

10 mg/día, ambos durante 10-15 días/mes) En el caso de una adolescente que tenga relaciones sexuales, o si existen claros signos de androgenización, preferimos el tratamiento con un anticonceptivo que contenga etinilestradiol y acetato de ciproterona (Diane 35®, Gyneplén®), que se puede mantener desde seis meses hasta dos años, en función de la mejoría de los síntomas.

Tanto en las amenorreas por fallo ovárico (en las que las gonadotropinas estarán elevadas) como en las de causa hipotálamo-hipofisaria o central (en las que estarán bajas), el tratamiento será sustitutivo, en el primer caso para siempre y en el segundo hasta que cese la causa de la amenorrea (anorexia nerviosa, estrés por deporte, etc.). Se pueden utilizar compuestos combinados no anovulatorios (valerato de estradiol + gestágeno) o anticonceptivos que contengan 30 o 35 mg de etinilestradiol.

Los tratamientos hormonales suelen ser bien tolerados y no presentan complicaciones ni efectos secundarios.

## Dismenorrea

Uno de los motivos más frecuentes de consulta es el dolor menstrual. El problema diagnóstico básico estriba en discernir si existe o no un proceso o anomalía pélvica responsable, es decir, si nos encontramos ante una dismenorrea primaria o secundaria.

Dado que la **dismenorrea primaria** solo se presenta en los ciclos ovulatorios, la historia clínica suele iniciarse 6-12 meses tras la menarquia, cuando la ovulación empieza a regularizarse. La prevalencia a los 12 años es del 39%. Su frecuencia aumenta entre los 14 y los 16 años y su máxima incidencia es entre los 17 y los 18 (72%).

El dolor en la dismenorrea primaria es en general de tipo espasmódico, más intenso en el hipogastrio, y que puede irradiarse hacia atrás y los muslos. Se inicia unas horas antes de la menstruación y alcanza su acmé el primer día de la regla. El cuadro puede durar desde

unas horas hasta 2-3 días y en más de la mitad de los casos se acompaña de náuseas o vómitos (89%), astenia (85%), diarrea (60%), mareo, cefalea (60%).

El dolor en la dismenorrea secundaria es más continuo, persistente y sordo, y va en aumento durante el periodo menstrual. Las principales causas de dismenorrea secundaria (endometriosis, enfermedad pélvica inflamatoria, adenomiosis, etc.) son infrecuentes en la adolescencia.

Sobre la base de una exploración clínica negativa, la historia del tipo y evolución del dolor y la ayuda de pruebas complementarias (ecografía) podemos llegar al diagnóstico de dismenorrea primaria o esencial.

Actualmente, se acepta que la dismenorrea se produce por un incremento anormal de la actividad uterina debido a un aumento en la producción uterina de prostaglandinas concomitante con la caída de los niveles de esteroides ováricos en el momento de la menstruación.

### Tratamiento

- Inhibidores de la síntesis de prostaglandinas: constituyen el primer peldaño del tratamiento. La administración se realiza durante los dos o tres primeros días de la regla, pues no se ha comprobado la utilidad de su toma en días previos. Para valorar su eficacia es necesario mantener el tratamiento durante 5-6 meses e, incluso, cambiar de un compuesto a otro hasta conseguir el más eficaz para cada paciente.
- Anovulatorios: si la dismenorrea no mejora con la terapia anterior; si se asocian hemorragias cuantiosas o si la joven desea un método anticonceptivo, estos fármacos constituyen la segunda arma terapéutica, con la que conseguimos la eliminación del dolor en el 90% de los casos.
- Cuando las medidas terapéuticas anteriores no resuelven el cuadro de dolor hay que recurrir a la laparoscopia para descartar patología orgánica responsable.

## ANTICONCEPCIÓN EN LA ADOLESCENCIA

Según una encuesta publicada en el año 2009, la media de edad a la que los jóvenes españoles tienen su primera relación sexual es a los 16,5 años.

Las relaciones sexuales en este grupo de población tienen unas características específicas que incrementan el riesgo de ITS y de embarazo y que hemos de tener en consideración a la hora de aportar un consejo preventivo y también al decidir qué método anticonceptivo puede ser el más adecuado.

La anticoncepción en la adolescencia debe reunir una serie de requisitos por las circunstancias y características especiales de esta edad:

- Debe tener en cuenta el grado de maduración biológica y no interferir en el desarrollo y el crecimiento estatural.
- Debe ser reversible, salvo que casos excepcionales como enfermedades o deficiencias psíquicas aconsejen lo contrario.
- Debe ser adecuado a su actividad sexual, valorando el tipo y frecuencia y la existencia de compañero no monógamo o cambios frecuentes de pareja.
- Debe ser de fácil realización. Los métodos cuyo uso requiera mayores cuidados pueden ser rechazados o mal utilizados por los adolescentes.

Establecidos estos requisitos, la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) establece cuatro categorías para los métodos anticonceptivos en la adolescencia:

- Recomendables: incluyen preservativos y anticonceptivos orales.
- Aceptables: incluyen diafragma, esponjas, espermicidas y anticonceptivos depot.

- Poco aceptables: incluyen DIU, métodos quirúrgicos y métodos naturales.
- De emergencia: anticoncepción postcoital.

### Anticoncepción hormonal en la adolescencia

Este tipo de contracepción es la más adecuada en esta época, ya que facilita la continuidad de uso, regula el ciclo y disminuye la cantidad de sangrado menstrual, con lo que se corrigen los trastornos propios de la adolescencia. Otra característica es su eficacia: cuando no hay fallos en la administración se acerca al 100%.

Los anticonceptivos hormonales para adolescentes son los mismos que para otras edades, es decir, compuestos combinados E + PG o PG solo, y las vías de administración oral, inyectables de depósito, intravaginal o subcutánea.

Quizás lo más importante es que su uso en pacientes adolescentes tiene unas pequeñas particularidades:

- Se pueden administrar sin interferir en el desarrollo estatural a partir del segundo año postmenarquia.
- En adolescentes son de elección los anticonceptivos de dosis media (35 o 30 mg de etinilestradiol), pues es necesario un nivel de estrógenos para alcanzar la densidad ósea definitiva.
- Los anticonceptivos con un gestágeno con efecto antiandrogénico solucionarán además el problema del acné, frecuente en esta etapa.
- Valorar el uso de anillo vaginal en aquellas pacientes con dificultad para la cumplimentación del tratamiento (olvidos, vómitos...).

### Prescripción de anticonceptivos hormonales

El Documento de Consenso de la Sociedad Española de Contracepción recomienda que en las adolescentes, dado que es un grupo de población con buena salud, no se

deben exigir unos requisitos previos a la toma de anticonceptivos. El control previo irá dirigido a descartar contraindicaciones, valorar factores de riesgo o patologías previas que podrían agravarse por su uso, conocer el perfil de la usuaria para indicar el método más apropiado.

Es recomendable una exploración física previa: tensión arterial (TA), peso, exploración genital y mamaria, citología cervicovaginal. En aquellos casos que el médico considere necesario se llevarán a cabo analítica o exploraciones complementarias. No obstante, esta fase puede posponerse en las jóvenes que no hayan tenido relaciones sexuales.

Los controles deberán establecerse cada 3-6 meses al principio, y luego anualmente. En estas visitas se aclararán dudas, se controlarán el tratamiento, la TA y el peso y, a criterio médico, se repetirán la analítica y la citología.

### BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Dueñas JL, López E, González JV, Ordás J, Sánchez R. Alteraciones menstruales por exceso. En: Buil C, Lete I, Ros R, de Pablo JL (coord.). Manual de salud reproductiva en la adolescencia. Aspectos básicos y clínicos. 1.ª ed. Zaragoza: S.E.C.; 2001. p. 217-29.
- Speroff L, Fritz MA. Amenorrea. En: Speroff L, Fritz MA (eds.). Endocrinología ginecológica clínica y esterilidad. 7.ª ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006. p. 401-65.
- Quintana R. Amenorrea primaria y secundaria en adolescentes. Evaluación clínica y diagnóstica diferencial. En: Castellano G, Hidalgo MI, Redondo AM (eds.). Medicina de la adolescencia. Atención integral. 1.ª ed. Majadahonda: Ergon; 2004. p. 299-305.
- Rodríguez MJ, Brañas P. El ciclo menstrual y sus trastornos. Hemorragia uterina disfuncional. Dismenoreia. Síndrome premenstrual. En: Castellano G, Hidalgo MI, Redondo AM (eds.). Medicina de la adolescencia. Atención integral. 1.ª edición. Majadahonda: Ergon; 2004. p. 292-8.