

Patología ginecológica en la adolescente

Elena Cortés Cros

Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias, Las Palmas de Gran Canaria

.....

Resumen

En este artículo se revisa y actualiza el manejo de la patología ginecológica en la mujer adolescente y se aborda la anticoncepción y la prevención de enfermedades infecciosas y oncológicas.

Palabras clave: Adolescencia, patología ginecológica, anticoncepción, dismenorrea, sangrado menstrual anómalo

Gynecological pathology in adolescence

Abstract

This article reviews and updates the management of gynecological pathology in adolescent women and addresses contraception and the prevention of infectious and oncological diseases.

Key words: Adolescence, gynecological pathology, contraception, dysmenorrhea, abnormal uterine bleeding

Introducción

La adolescencia es la edad que sucede a la niñez y que transcurre desde la pubertad hasta la edad adulta.

Durante este periodo, la población adolescente experimenta grandes cambios físicos y psíquicos, adquiere la capacidad de reproducirse y pasa de los patrones psicológicos de la infancia a los de la edad adulta, pudiendo presentar patologías y demandas asistenciales propias y específicas.

La realidad de la medicina del adolescente en España es que la mayoría de los adolescentes son atendidos por una variedad de especialistas que, en ocasiones, tan sólo se ciñen al campo propio de su especialidad, sin considerar el conjunto del paciente ni proporcionar una atención a su salud integral¹.

Dentro de los problemas de salud más prevalentes en mujeres adolescentes se encuentran los ginecológicos, relacionados con alteraciones del patrón menstrual (hipermenorrea, amenorrea, sangrado irregular, dismenorrea), el inicio precoz de las relaciones sexuales (con el reto de la prevención de infecciones de transmisión sexual, VIH y embarazos no deseados), las malformaciones genitales y la patología mamaria.

Según un estudio realizado en la Comunidad de Madrid en 2009², la causa más frecuente de ingreso hospitalario en mujeres adolescentes son las complicaciones del embarazo, parto y puerperio, que suponen el 50,6% del total. Por otro lado, la tasa de interrupción legal de embarazo en el grupo de edad de 19 años o menos en España en 2019 fue de 9,19 por cada 1000 mujeres de dicha edad³.

El II plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia del Ministerio de Sanidad⁴, Servicios Sociales e Igualdad, en el Objeto-

vo 7, relativo a la salud integral, propone varias medidas directamente relacionadas con el campo de la Ginecología:

- medida 7.2.7 en la que se insta a “Coordinar las acciones dirigidas a la prevención de embarazos no deseados, infección por VIH y otras infecciones de transmisión sexual”,
- medida 7.7 en la que se recogen actividades encaminadas a la “Prevención de la enfermedad y promoción de la salud durante el embarazo y puerperio” y
- medida 7.12 encaminada a “Promover la educación en salud afectivo sexual y reproductiva de los jóvenes”.

Anamnesis y exploración ginecológica en las mujeres adolescentes

La detallada anamnesis es esencial en las alteraciones ginecológicas que se puedan presentar en la etapa adolescente, ya que los problemas más prevalentes pueden ser abordados inicialmente en la consulta del pediatra de confianza y solo una pequeña parte precisarán de derivación a ginecología.

En función de la madurez y edad de la menor y del motivo de consulta, se podrá proceder a realizar la entrevista con o sin la presencia de sus progenitores. Es esencial ahondar en la tipología de los síntomas, la cronología de los mismos y la afectación que suponen de la calidad de vida de la paciente, ya que de ello dependerá la orientación terapéutica.

Los antecedentes familiares y personales deben recogerse también de cara a identificar patrones hereditarios de algunas patologías, enfermedades que puedan asociarse con síntomas ginecológicos o descartar posibles contraindicaciones a tratamientos tanto hormonales como no hormonales.

La exploración física se realizará en un ambiente de confidencialidad, respetando los miedos o sentimientos de pudor que pueda expresar, explicando de antemano qué acciones se van a llevar a cabo para conseguir la máxima colaboración de la paciente. Los objetivos de la exploración son: confirmar o descartar la normalidad del

aparato genital y las mamas, diagnosticar la existencia de patología, y tomar muestras si la patología lo requiere^{5,6}. Si no ha iniciado relaciones sexuales se evitará la exploración vaginal si no es estrictamente necesaria.

Si se precisa descartar patología orgánica, se realizarán pruebas complementarias en función de la sospecha diagnóstica (ecografías pélvicas por vía abdominal o vaginal, ecografías mamarias, etc.).

Anticoncepción en la etapa adolescente⁷⁻¹⁵

La población adolescente precisa de consejo anticonceptivo de forma especial, dado el riesgo de embarazo no deseado y de contagio de infecciones de transmisión sexual. Como en otras etapas de la vida, en la adolescencia el método anticonceptivo que se utilice debe ser seguro y eficaz, estando la efectividad directamente relacionada con la adherencia al método y la continuidad en su uso.

En la población adolescente se aconseja el uso de doble método anticonceptivo, combinando métodos de barrera con anticonceptivos hormonales, cuando estos últimos se consideren indicados.

En los adolescentes se aplican los criterios de elegibilidad de la OMS igual que en población adulta. Se pueden consultar online y también en la aplicación gratuita para smartphones “**iContraception**”, disponible para Android y APP store:

- Categoría 1: Uso sin restricción del método anticonceptivo.
- Categoría 2: Las ventajas del uso de anticonceptivos superan a los riesgos.
- Categoría 3: Los riesgos del uso de anticonceptivos superan a los beneficios.
- Categoría 4: El riesgo para la salud hace inaceptable el uso del método anticonceptivo.

El **preservativo** es el método más utilizado en población adolescente, pero su principal problema es que no se usa en todas las relaciones sexuales, siendo inconsistente en el 15% de las mujeres de 14 a 19 años que manifiestan utilizarlo como método anticonceptivo habitual. Eso hace que tengan que recurrir con frecuencia a la anti-

concepción de urgencia.

El segundo método más utilizado es la anticoncepción hormonal oral que también presenta dificultades para la adherencia al tratamiento. Es muy frecuente el mal cumplimiento en la toma de los anticonceptivos hormonales combinados orales incluyendo el olvido de píldoras, la toma en un orden diferente y el retraso en el inicio del siguiente ciclo. Por todo esto la tasa de fallos en las mujeres más jóvenes es superior, estimándose alrededor del 16% durante el primer año de uso.

La Academia Americana de Pediatría y otras sociedades científicas pediátricas y ginecológicas incluyen también la anticoncepción reversible de larga duración (métodos LARC) dentro de las recomendaciones de primera elección en adolescentes sexualmente activas.

La anticoncepción hormonal combinada (AHC), es reversible, de alta eficacia y segura en mujeres sanas de cualquier edad a partir de la menarquia, fácil de utilizar, que no interfiere en la relación sexual ni en el desarrollo físico, por lo que es considerada una anticoncepción preferente y recomendable en la mayoría de adolescentes. Además pueden proporcionar beneficios no anticonceptivos como el control de la dismenorrea, el acné, los trastornos menstruales y el síndrome de ovario poliquístico. Los efectos secundarios más frecuentes son: sangrado inesperado, amenorrea intermitente, náuseas, molestias mamarias y cefalea.

Los AHC están compuestos por la combinación de estrógenos y gestágenos

El estrógeno. La mayoría de los preparados contienen etinilestradiol (EE) y, con la finalidad de evitar los efectos secundarios de las dosis innecesariamente más altas, en la actualidad se recomiendan los denominados *AHC de baja dosis* (35, 30, 20 ó 15 mcg de EE).

El gestágeno. Existe una amplia variedad de gestágenos sintéticos, que combinados con el estrógeno realizan, además de la propiamente contraceptiva, distintas acciones biológicas, en función de su afinidad a los receptores. Esta diversidad de combinaciones de distintas dosis de EE

con diferentes gestágenos, se traduce en un amplio abanico de preparados disponibles y permite hacer una selección individualizada del AHC más adecuado para cada mujer.

Entre las estrategias que se plantean para mejorar el cumplimiento de la anticoncepción hormonal oral están:

- Hacer pautas sin descanso, con siete comprimidos sin sustancia activa (21+7) con el fin de crear hábitos de rutina para la toma diaria y evitar el retraso en el inicio del siguiente envase.
- Pautas continuadas de píldoras sin placebo para disminuir el número de inicios de ciclos.
- Pautas con un menor intervalo libre de hormonas (24+4).
- Inicio rápido (*quick start*). Tan pronto como se indica.
- Informar adecuadamente acerca de los efectos secundarios para combatir los mitos que circulan entre esta población (frases como “engordan”, “aumenta el vello”, “produce esterilidad y cáncer” o “no son naturales y tienen muchos efectos secundarios” son mitos extendidos y arraigados en muchas jóvenes).

Los actuales anticonceptivos hormonales combinados, de absorción a través de la mucosa uterina (anillo vaginal) y por vía transdérmica (parche), son muy bien aceptados por las mujeres jóvenes y también son efectivos en la disminución del dolor menstrual y regulación del ciclo. Los efectos secundarios más frecuentes son náuseas, cefaleas e hipertensión.

Los anticonceptivos hormonales de solo gestágeno (oral, inyectable e implante), son muy efectivos e igualmente pueden ser utilizados para aliviar los síntomas de la dismenorrea, aunque suponen un menor control del ciclo. Los efectos adversos más frecuentes son alteraciones menstruales, náuseas, ganancia de peso, edemas, depresión y sangrado escaso típico de los tratamientos prolongados con progesterona.

Métodos anticonceptivos de larga duración (LARCs). Son un 20% más efectivos que la anticoncepción hormonal combinada tradicional y se incluyen dentro de la primera línea anticonceptiva en adolescentes sexualmente activas. En este

grupo se incluyen los DIUS de cobre, los DIUS hormonales y los implantes. Aunque el consejo acerca de los mismos se realice en At Primaria, se derivarán a Ginecología para su prescripción e inserción.

En la figura 1 se expone un algoritmo puede ser de utilidad para el consejo anticonceptivo.

Anticoncepción de urgencia. La anticoncepción de urgencia (AU) consiste en la toma de un fármaco o la inserción de un dispositivo intrauterino después de un coito vaginal desprotegido. Es un método que supone una "segunda oportunidad" y como tal debe ser considerado pues no debe sustituir a los anticonceptivos eficaces de uso regular y es importante recordar que no protege de las infecciones de transmisión sexual. La pauta más habitual es la monodosis de 1,5 mg levonorgestrel (hasta 72 horas del coito de riesgo, con una tasa de embarazo de 1,2-2%) o monodosis de 30 mg de acetato de ulipristal (hasta 5 días después), con una tasa de embarazo de 1,2%. Aunque en nuestro medio no es

de uso habitual, el DIU de cobre es el método más efectivo para la anticoncepción de emergencia, con una tasa de embarazo <0,1%. Debe insertarse antes de los 5 días del coito de riesgo, o bien, pasado ese intervalo, si se estima que no han pasado más de 5 días desde la ovulación. Es aconsejable citar a las pacientes en consulta para realizar un adecuado consejo anticonceptivo. En la figura 2 se expone una tabla resumen de la anticoncepción de urgencia.

Anticoncepción en adolescentes con discapacidad. El asesoramiento anticonceptivo debe individualizarse considerando el tipo de discapacidad (física o psíquica), su grado, el deseo y posibilidad de reproducción (métodos reversibles o irreversibles) y el entorno familiar y social entre otros factores.

Prevención y manejo de infecciones de transmisión sexual en población adolescente

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son patologías de origen infeccioso que se

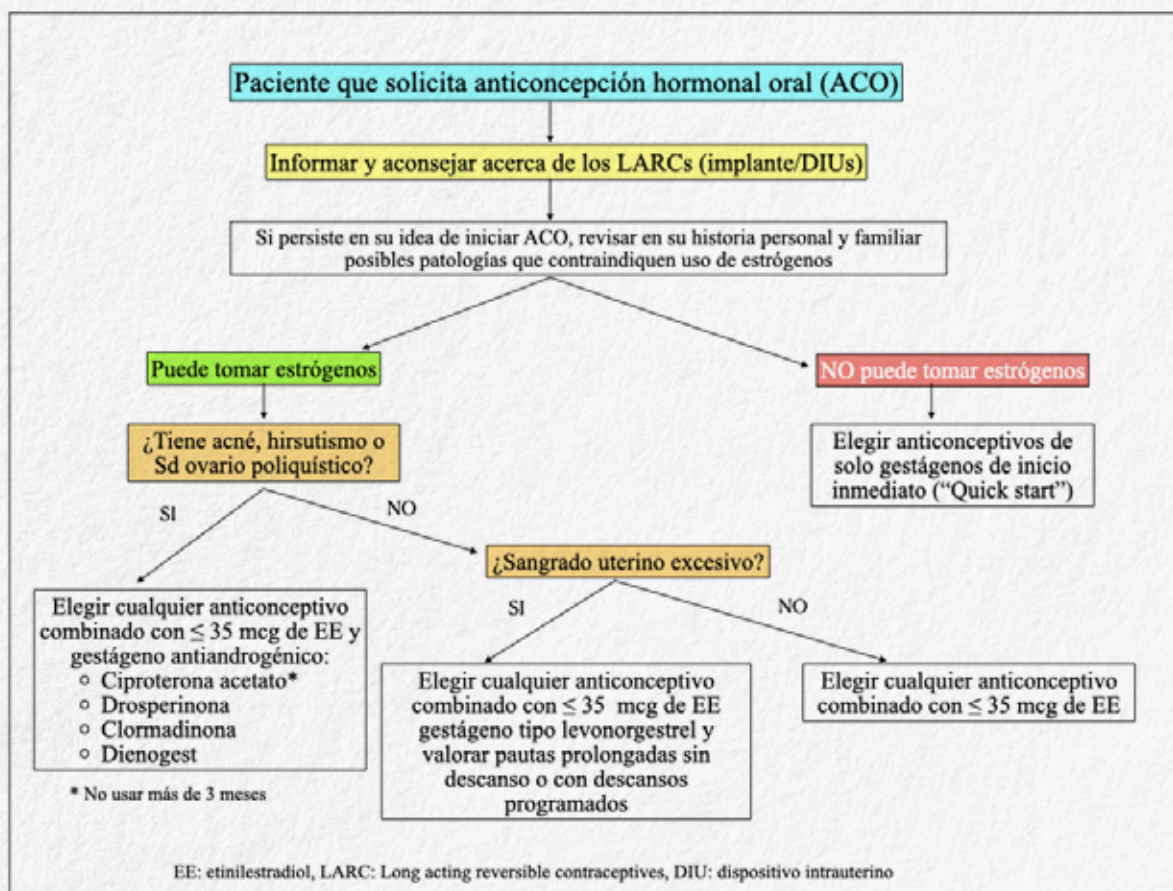


Figura 1. Algoritmo para elección de métodos anticonceptivos hormonales en adolescentes

adquieren a través de las relaciones sexuales, aunque puedan transmitirse también por otros mecanismos.

El diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado permiten prevenir las complicaciones y secuelas que pueden presentarse en ambos sexos, comprometiendo la calidad de vida, la salud sexual y reproductiva, así como la salud de recién nacidos, niñas y niños. En un reciente estudio sobre factores de riesgo relacionados con la salud sexual en jóvenes europeos¹⁶, se concluye que, pese a los grandes esfuerzos que se están llevando a cabo para mejorar la salud sexual y reproductiva en nuestro continente, la población adolescente europea sigue siendo vulnerable frente a ITS. A nivel mundial, las ITS ocupan el segundo lugar por orden de importancia en la morbilidad general de las mujeres entre 15 y 44 años¹⁷.

La prevención de ITS mediante educación sexual, información y evitación de conductas de riesgo es el pilar fundamental para

disminuir la incidencia de estas enfermedades. Durante el consejo anticonceptivo se insistirá en el uso del doble método, incluyendo siempre el preservativo aunque se utilice un método hormonal¹⁸.

En caso de síntomas de infección o de contacto sexual con compañero/a diagnosticado de alguna ITS, es muy importante realizar el diagnóstico etiológico precoz, mediante una minuciosa anamnesis sobre sus prácticas sexuales y los síntomas referidos, una exploración física con observación de genitales externos e internos, región perianal y perineal y orofaringe, si lo recomienda la anamnesis.

Se realizarán los test rápidos de laboratorio y la toma de muestras para pruebas complementarias, como cultivos y serología, para instaurar el tratamiento adecuado lo antes posible. Estas pruebas se pueden realizar como cribado en ausencia de sintomatología cuando se tiene constancia de que se están produciendo conductas y prácticas sexuales de riesgo¹⁷.

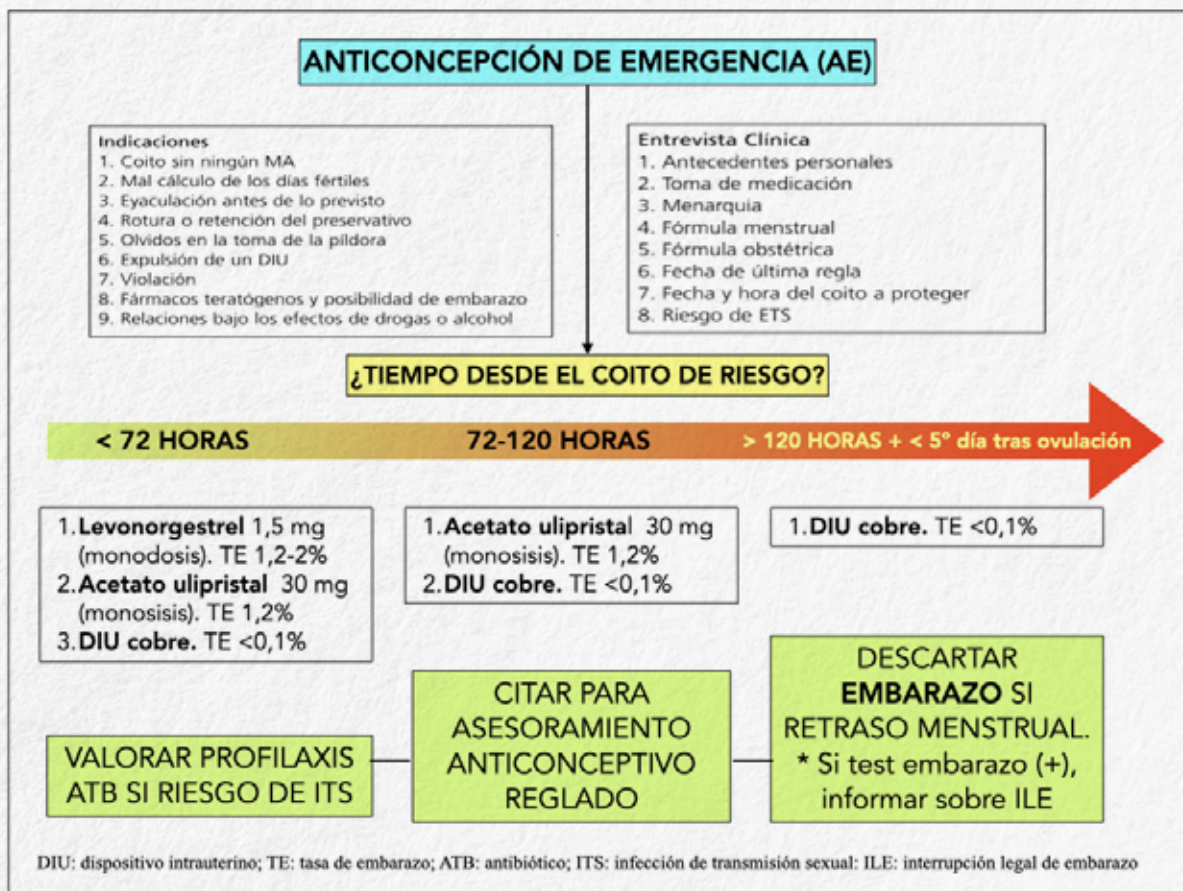


Figura 2. Algoritmo de la anticoncepción de urgencia

El **tratamiento** debe ser etiológico y según la pauta recomendada en función del germen, asegurándonos que el o la adolescente lo cumple correctamente y no se automedica ni él mismo ni sus contactos sexuales para evitar resistencia a las ITS causadas por gérmenes sensibles a los antibióticos. Hay que facilitar la atención a su pareja o contacto sexual para bloquear la cadena de transmisión epidemiológica, mediante el diagnóstico y el tratamiento preciso. En la Figura 3 se recogen los tratamientos de las principales ITS en adolescentes

Por otro lado, según el calendario vacunal actual, se aconsejará a las mujeres adolescentes la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH), como medida de prevención de la infección desencadenante de las lesiones preneoplásicas y neoclásicas de cérvix, vagina y vulva, así como de canal anal y pene en el varón. La infección por VPH es la ITS mas prevalente en adolescentes de ambos sexos. Puede ser totalmente asintomática o presentarse en forma de condilomas genitales. Una vez conformado el diagnóstico, el tratamiento dependerá del tamaño y extensión de las lesiones. Los preparados más comúnmente utilizados se aplican de forma tópica y son:

- Imiquimod crema al 5%, 3 veces/semana sobre las lesiones, hasta desa-

parición de las lesiones (máximo) 16 semanas.

- Sincatequinas en crema al 15%: 3 veces/día hasta desaparición de lesiones (máximo 16 semanas)
- Podofilotoxina en solución al 0,5%: 1 aplicación/12 h, 3 días, y descansar 4 días. Repetir si es preciso hasta la desaparición de las lesiones.

En casos excepcionales de lesiones de gran tamaño o resistentes al tratamiento médico será necesario valorar tratamientos ablativos o excisiones.

Vulvovaginitis

Las vulvovaginitis son unos de los motivos de consulta más frecuentes en ginecología. Cursan con secreción, prurito, molestias locales, disuria y dispareunia, aunque, según la etiología, pueden ser asintomáticas. La mas frecuente, 40-50%, es la vaginosis bacteriana (VB), seguida por la candidiasis con un 20-25% y del 15-20% por trichomoniasis, ésta última de transmisión exclusivamente sexual. El 10% restante incluye otras vaginitis, no todas infecciosas, como la atrófica, la alérgica y la producida por cuerpos extraños¹⁷.

En la figura 4 se representa el diagnóstico diferencial y propuesta terapéutica para las vulvovaginitis que cursan con secreción.

TRATAMIENTO MÉDICO DE LAS PRINCIPALES ITS EN ADOLESCENTES		
TRATAMIENTO DE LA SÍFILIS		TRATAMIENTO DEL HERPES GENITAL
Sífilis primaria, secundaria y latente precoz de menos de 1 año de evolución: – Penicilina benzatina 2,4 millones unidades i.m. monodosis		Primoinfección Aciclovir 400 mg vía oral cada 8 horas durante 7/10 días o hasta remisión
Sífilis latente tardía de más de un año de evolución o de duración desconocida O sífilis terciaria incluyendo cardiovascular y gomosa – Penicilina G benzatina 7,2 millones u.i.m. En 3 dosis de 2,4 millones cada semana		Recurrencias Aciclovir 200 mg vía oral 5 veces al día durante 5 días
Pacientes alérgicos a la penicilina y no gestantes y sólo tras excluir neurosífilis y sífilis congénita: – DOXICICLINA 100 mg oral cada 12 horas durante 1 mes – TETRACICLINA 500 mg oral cada 6 horas durante 1 mes		Aciclovir 200 mg vía oral 5 veces al día durante 7/10 días o hasta remisión
Pacientes alérgicos a penicilinas con neurosífilis, sífilis congénita y mujeres embarazadas – Desensibilización hospitalaria		Valaciclovir 1 g oral cada 12 h o durante 7/10 días
		Fanciclovir 250 mg oral cada 8 horas o durante 7/10 días
		Recurrencias Aciclovir día 400 mg 3 veces al día o durante 5 días Valaciclovir 500 mg/12 h x 5 días 5 Valaciclovir 1 g día durante 5 días Fanciclovir 125 mg 2 veces al día o durante 5 días
TRATAMIENTO DE CHLAMYDIA TRACHOMATIS		TRATAMIENTO DE GONORRUEAS NO COMPLICADAS
Recomendadas – Azitromicina 1 gramo oral monodosis o – Doxiciclina 100 mg oral/12 horas durante 7 días		Recomendadas Cefixima 400 mg oral monodosis Ceftriaxona 125 mg i.m. monodosis
Alternativas – Ofloxacino 300 mg oral/12 horas durante 7 días o – Eritromicina base 500 mg oral/6 h durante 7 días o – Eritromicina etilsuccinato 800 mg oral/8 h durante 7 días		Alternativas Otras CEFALOSPORINAS en monodosis: Ceftriaxona 500 mg, cefotaxima 500 mg, Cefotixina 2 g con probenecid
		Coinfección por Chlamydia Azitromicina 1 g oral monodosis Doxiciclina 100 mg/12 h oral durante 7 días
		Espectinomycin 2 g i.m. monodosis Quinolonas en monodosis: Norfloxacino 800 mg Lomefloxacino 400 mg

Andrés Domingo, P. Las infecciones de transmisión sexual. *Pediatr Integral* 2013; XVII(3): 185-195.

Figura 3. Tratamiento de las ITS en adolescentes

Alteraciones menstruales por exceso

Las alteraciones menstruales por exceso, ya sean reglas abundantes, ciclos acortados, etc., que antiguamente denominábamos hipermenorreas, metrorragias o sangrados uterinos disfuncionales, se engloban actualmente bajo el diagnóstico de “sangrado uterino anormal” (SUA). Según la Federación Internacional de Obstetricia y Ginecología (FIGO), el SUA se refiere cualquier tipo de sangrado que la mujer considera excesivo y que interfiere con su bienestar físico, psíquico o social, alterando su calidad de vida, y que puede ocurrir como síntoma aislado o asociado a otros^{19,20}.

Los trastornos menstruales son muy frecuentes en la edad adolescente. Aún cuando el patrón menstrual pueda ajustarse a lo considerado clásicamente como normal, muchas adolescentes sienten que la regla afecta de manera significativa su calidad de vida, interfiriendo en su rendimiento académico, deportivo o incluso en su vida rutinaria o su actividad social.

Para el estudio del SUA se utiliza actualmente la clasificación PALM-COEIN²¹, que permite estandarizar los diagnósticos y aún la terminología. Según esta clasificación, el SUA engloba tanto la hipermenorrea como el sangrado no cíclico, y sus causas en dos grandes grupos: patología

orgánica, agrupada en el acrónimo **PALM** (Pólipos, Adenomiosis, Leiomioma, neoplasia Maligna e hiperplasia) y patología no estructural, agrupada bajo el acrónimo **COEIN** (Coagulopatía, disfunción Ovulatoria, patología Endometrial, Iatrogenia y No clasificadas).

En las mujeres adolescentes, la mayoría de los trastornos menstruales tienen un origen no estructural, por lo que es esencial realizar una exhaustiva anamnesis y exploración física general (talla, desarrollo de caracteres sexuales secundarios, sobrepeso, acné, hirsutismo, acantosis nigricans, aparición de frecuentes hematomas o tiempo alargado de sangrado en heridas, signos sugerentes de anemia, actividad sexual, tratamientos médicos, medicamentos anticonceptivos, etc.) y analizar detalladamente el patrón menstrual (cantidad de regla, frecuencia de cambio de compresas o tampones, duración de los ciclos, afectación de su calidad de vida, etc.)

En cuanto a la evaluación analítica, el estudio básico debe incluir un hemograma con recuento de plaquetas para descartar trombocitopenia, estudio de coagulación para descartar coagulopatía (tiempo de protrombina, APTT, tiempo de trombina y fibrinógeno), niveles de ferrita para valorar la ferropenia y test de embarazo. En un segundo nivel, se valorará pedir estudio de infecciones de transmisión sexual

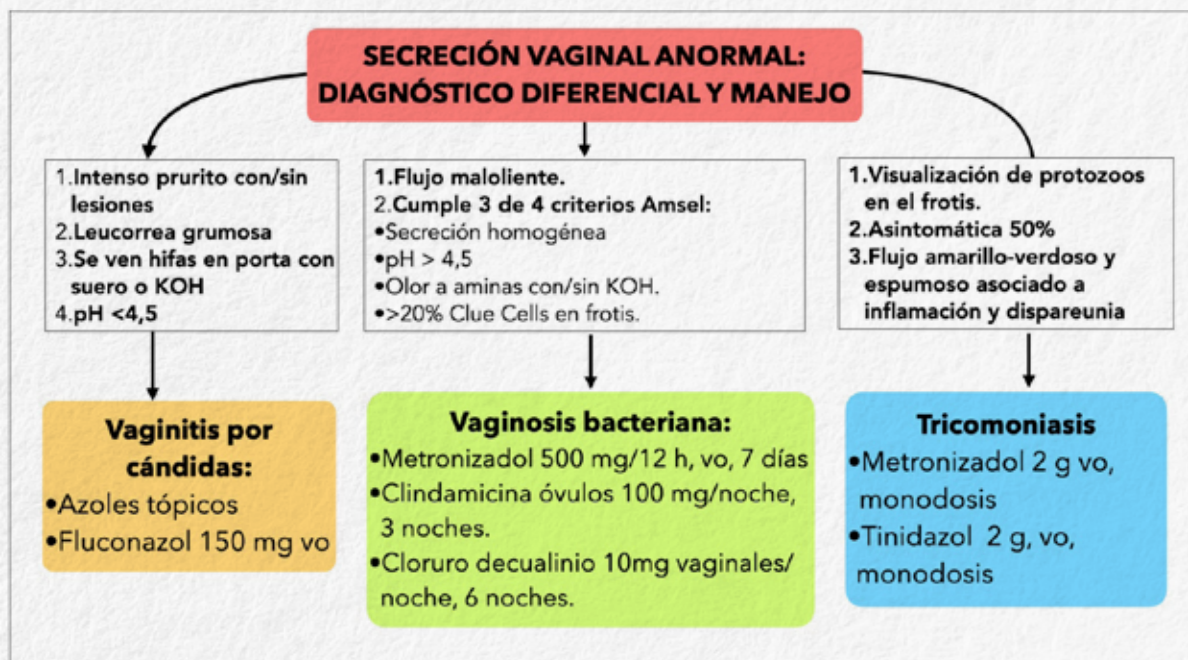


Figura 4. Secreción vaginal anormal: Diagnóstico diferencial y manejo

en pacientes con relaciones, niveles de andrógenos si se sospecha síndrome de ovario poliquístico, TSH si se sospecha enfermedad tiroidea y estudio específico de enfermedad de Von Willebrand.

En casos seleccionados y refractarios al tratamiento puede ser necesario completar el estudio con una ecografía pélvica, ya sea por vía abdominal o vaginal, en casos de adolescentes con relaciones.

En cuanto al tratamiento, debemos distinguir las situaciones que requieren de un abordaje urgente inicial de aquellas en las que puede pautarse un tratamiento reglado de uso prolongado, que siempre se asociará con feroterapia.

Para el manejo de la hemorragia aguda que requiere tratamiento inmediato, además de la estabilización hemodinámica con hemoderivados si es preciso, puede usarse un tratamiento hormonal combinado o con solo gestágenos, si los estrógenos están contraindicados. La mayoría de los tratamientos hormonales empiezan a ser efectivos estabilizando en endometrio a las 24 horas de haberse iniciado. Se pueden emplear distintas opciones:

- Estrógenos equinos conjugados 25 mg/4-6 h, vía intravenosa (si no tolera tratamiento oral)
- Píldoras de anticonceptivos combinados conteniendo 30-35 microgramos de etinilestradiol: 1 píldora cada 6 horas, vía oral, 3 días. Posteriormente pauta descendente con 1 píldora/ 8 h, vo, durante 3-7 días; después 1 píldora/12 h, vo, 3-7 días, y finalmente 1 píldora diaria hasta que se haya estabilizado y pueda empezaron tratamiento definitivo.
- Píldoras de solo gestágenos en mujeres con contraindicación para estrógenos, también en pauta descendente: iniciamos en 1/8 h, vía oral, seguido de 1/12 h y finalizando con 1/24 h. Dentro de este grupo también puede usarse el Acetato de Medroxiprogesterona (Progevera) en dosis de 10-20 mg/6-12h vía oral (máximo diario 80 mg).
- En algunos casos pueden usarse los antifibrinolíticos como tratamiento no hormonal adyuvante o tratamientos no hormonales solos (ácido tranexámico a dosis de 10 mg/kg, vía intraveno-

sa, cada 6-8 horas).

Una vez estabilizada la paciente, se podrá continuar el tratamiento con una pauta reglada de anticonceptivos combinados, anticonceptivos de solo gestágenos o tratamientos no hormonales, en todos los casos combinados con feroterapia. A título orientativo, se recoge a continuación la pauta consensuada en la Guía de Derivación a la Consulta de Patología Ginecológica de la Infancia y la Adolescencia desde Atención Primaria en Gran Canaria²² actualizada en mayo 2021, en la que el manejo terapéutico está en función del nivel de hemoglobina:

SUA leve (Hb > 12 mg/ml). En estos casos será suficiente con tranquilizar a la adolescente, recomendar que complete un calendario menstrual y control en 3 o 6 meses. Si se asocia a dismenorrea se recomienda un antiinflamatorio no esteroideo (AINE) que contribuye, además a disminuir el sangrado.

SUA moderado (Hb 10-12 mg/ml). Además del asesoramiento, en estos casos se recomienda administrar:

- Suplementos de hierro, 60 mg de hierro elemental al día durante 3 meses.
- Tratamiento médico no hormonal: AINE o antifibrinolíticos, solos o asociados (Ácido tranexámico oral a dosis máxima de 20 mg/kg/día repartido cada 6-8 h)
- Tratamiento hormonal con anticonceptivos orales combinados o de solo gestágenos, que se pueden utilizar desde la menarquia y mantener, al menos durante 3 meses, aunque el tratamiento puede ser indefinido

SMA grave (Hb <10 mg/ml): en estos casos se requiere tratamiento farmacológico con anticonceptivos hormonales combinados o a base de gestágenos solos; además de los suplementos de hierro, AINEs o antifibrinolíticos.

Dismenorrea y dolor abdominal^{15,22,23-26}

Entre el 70 y el 93% de las mujeres adolescentes refieren tener algún tipo de molestia o dolor durante la regla, siendo la dismenorrea el principal motivo de absentismo escolar en esta etapa de la vida.

Se denomina dismenorrea primaria a aquella que aparece en los 6-12 primeros meses tras la menarquia y suele asociarse a ciclos anovulatorios con bajo nivel de progesterona, en los que el dolor se produce como consecuencia del aumento local de prostaglandinas y leucotrienos, que inducen contractilidad uterina, vasoconstricción e inflamación con isquemia endometrial. Es frecuente que se asocie a cefalea, náuseas, vómitos y diarrea. La anamnesis es la base del diagnóstico. La exploración física suele ser normal. Habitualmente no requeriré de estudios complementarios y la mayoría de las veces cede con tratamiento sintomático con o sin hormonas.

La dismenorrea secundaria es la que aparece mas allá del año desde la menarquia, y suele tener un patrón de empeoramiento progresivo, con dolor pélvico crónico cíclico o acíclico y muchas veces un sangrado menstrual irregular o abundante. Entre sus causas mas comunes están la endometriosis, la adenomiosis y las patologías obstructivas o malformativas. La anamnesis y la exploración básica son igualmente la clave del diagnóstico. Puede hacerse un tratamiento sintomático inicial, pero si persiste la sintomatología será necesario realizar estudios complementarios como exploración pélvica y ultrasonográfica.

Para el abordaje de las dismenorreas y el dolor pélvico crónico se propone el siguiente esquema:

Primer escalón. En las primarias se intentará inicialmente con medidas no farmacológicas: actividad física regular, calor local y si no mejora se iniciará tratamiento farmacológico.

Segundo escalón. Los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), por su mecanismo de acción, son los fármacos iniciales a utilizar si la paciente no ha iniciado las relaciones sexuales.

- Ácido mefenámico (derivados de fenamatos) (no aprobado en < 14 años según ficha técnica AEMPS): 500 mg 3 veces al día
- Naproxeno e ibuprofeno (derivados del ácido propiónico):

Naproxeno >12 años (200 mg cada

12 horas)

Ibuprofeno 20 mg/kg/día cada 8 horas (máximo 400 mg por dosis).

Si se no se consigue el alivio con un AINE determinado, primero cambiar a otro AINE (de diferente grupo) antes de pasar al siguiente escalón de tratamiento.

Tercer escalón. Tratamiento hormonal.

En cuanto al tratamiento supresor hormonal, todos los tratamientos hormonales son eficaces para disminuir el dolor. La supresión de la función ovárica reduce el dolor asociado a la menstruación en un plazo aproximado de 6 meses. Los ciclos anovulatorios y la reducción del desarrollo endometrial producidos por la anticoncepción hormonal, son la base de su efecto en la sedación de la dismenorrea.

Tanto anticonceptivos combinados de estrógeno-gestágeno como los preparados con sólo progestágenos se consideran eficaces, solos o combinados con AINES.

Los actuales anticonceptivos hormonales combinados, de absorción a través de la mucosa uterina (anillo vaginal) y por vía transdérmica (parche), son muy bien aceptados por las mujeres jóvenes y también son efectivos en la disminución del dolor menstrual y regulación del ciclo. Los efectos secundarios más frecuentes son náuseas, cefaleas e hipertensión.

Los anticonceptivos hormonales de solo gestágeno (oral, inyectable e implante) son muy efectivos e igualmente pueden ser utilizados para aliviar los síntomas de la dismenorrea, aunque suponen un menor control del ciclo. Los efectos adversos más frecuentes son alteraciones menstruales, náuseas, ganancia de peso, edemas, depresión y sangrado escaso típico de los tratamientos prolongados con progesterona.

En las dismenorreas severas y rebeldes al tratamiento convencional con AINES y anticoncepción hormonal oral combinada, se puede utilizar la anticoncepción hormonal combinada en pauta continua, con descansos cada 3 meses o sin descansos. De esta manera se disminuyen o eliminan los sangrados por privación.

Amenorrea^{22, 27, 31}

La amenorrea se define como la ausencia de sangrado menstrual en mujeres en edad reproductiva. Se denomina **primaria** cuando no se ha producido la menarquia en una mujer con 16 años (si ha desarrollado caracteres sexuales secundarios) o a los 14 años (si tampoco ha desarrollado caracteres sexuales secundarios). La **amenorrea secundaria** se define como la ausencia de menstruación durante 3 meses consecutivos (si previamente tenía ciclos regulares) o durante 6 meses.

La aproximación diagnóstica debe realizarse mediante una detallada anamnesis y exploración física, buscando signos que hagan sospechar enfermedades sistémicas.

En el caso de la **amenorrea primaria** la presencia de caracteres sexuales secundarios demostrará la existencia de esteroides sexuales circulantes. Habrá entonces que descartar la presencia de una malformación genital que obstruya la salida del flujo menstrual. A través de la exploración física se comprobará el desarrollo normal de vagina, la presencia de un himen permeable y se verificará la existencia de útero y anejos, ya sea mediante tacto vaginal o rectal bimanual o estudio ecográfico.

Los defectos anatómicos que pueden asociarse con amenorrea incluyen:

- Agenesia de origen Mülleriano (síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Häuser)
- Síndrome de feminización testicular por resistencia androgénica completa
- Sinequias uterinas (extremadamente raro en la adolescencia)
- Himen imperforado
- Tabique vaginal transversal
- Agenesia o estenosis cervical o vaginal aisladas (muy raro en la adolescencia)
- Hipoplasia o aplasia endometrial congénita

Si no hay desarrollo de caracteres sexuales secundarios y la exploración ginecológica es normal, será preciso realizar un perfil hormonal con FSH, LH, estradiol, TSH y prolactina y, en función de los resultados, llevará seguimiento en consulta de Endocrinología.

En la amenorrea secundaria, lo primero a

descartar es el embarazo. A continuación, tras la anamnesis, se buscarán signos clínicos de hiperandrogenismo (acné, hirsutismo, etc.) y si se detectan deberá solicitarse un perfil hormonal que incluya, además de lo comentado para la amenorrea primaria, testosterona y DHEA sulfato para descartar una posible hiperplasia suprarrenal congénita de inicio tardío o un síndrome de ovario poliquístico (SOP).

El SOP se caracteriza por oligo-anovulación, hiperandrogenismo y ovarios de morfología poliquística. Se asocia a obesidad, resistencia a la insulina y mayor riesgo de diabetes tipo 2, alopecia, acantosis nigricans y riesgo de síndrome metabólico. El manejo de estas pacientes debe incluir la recomendación de pérdida ponderal y el ejercicio físico regular para mejorar la sensibilidad a la insulina. El uso de contraceptivos hormonales orales con gestágenos antiandrogénicos ayuda a normalizar los niveles de andrógenos y a regular los ciclos menstruales. Con frecuencia es necesario añadir metformina para mejorar los perfiles glucémicos.

No obstante, la cosa más frecuente de amenorrea en la adolescencia es la de origen hipotalámico, siendo la más frecuente la amenorrea funcional hipotalámica, que es un trastorno funcional no orgánico y reversible, que afecta a la secreción de GnRh y, por lo tanto, a los pulsos de LH y a los niveles de FSH y estrógenos. Se asocia con estrés, desórdenes alimentarios y ejercicio físico extremo. También puede tener una etiología orgánica diversa.

El tratamiento se orientará en función del diagnóstico etiológico.

Patología mamaria^{28,29}

La glándula mamaria permanece quiescente hasta que aparece el estímulo de hormonas como los estrógenos y la progesterona. El primero provocará el aumento del tejido ductal y del estroma. La progesterona actuará en el desarrollo de la zona lóbulo-alveolar, provocando la diferenciación secretora de conductos y acinos. Para valorar el desarrollo de la mama en la infancia se utiliza la clasificación por estadios de Tanner (1962), que ordena de manera progresiva los cambios fisiológicos de mama, vello y menarquia.

Las alteraciones mamarias pueden ser clasificadas como aberraciones en el desarrollo, alteraciones asociadas a cambios hormonales cíclicos durante el ciclo menstrual o como cambios fisiológicos en la evolución e involución de la mama:

- Trastornos del desarrollo (alteraciones numéricas, alteraciones del tamaño, asimetrías). Su tratamiento es quirúrgico.
- Trastornos funcionales, como la ingurgitación mamaria en la pubertad, la mastodinia cíclica y la galactorrea uni o pluriorifical.
- Trastornos inflamatorios (mastitis, abscesos, hematomas o lesiones postraumáticas, etc). Los más frecuentes son los abscesos mamarios retroareolares secundarios a la infección de una ectasia ductal con rotura de suto sinusal. Su espectro clínico es muy variable, pero deben tratarse con antibióticos y antiinflamatorios y, si no responden, pueden llegar a precisar tratamiento quirúrgico.
- Alteraciones cutáneas.
- Neoplasias benignas (fibroadenomas, lipomas, hamartomas, papilomas, tumor Phyllodes, etc.) Generalmente solo precisan un control clínico, sin necesidad de exéresis ni seguimiento radiológico. El fibroadenoma gigante juvenil es un poco frecuente, con rápido crecimiento, que sí precisa tratamiento quirúrgico.
- Neoplasias malignas (de origen epitelial o estromal, son muy extraños en la adolescencia).

Su manejo, en general, no difiere de las patologías de la mujer adulta.

Patología neoplásica maligna mamaria o genital³⁰

La patología neoplásica ginecológica es poco frecuente en la adolescencia, aunque en este periodo se pueden llevar a cabo medidas que ayuden a la prevención de algunos tumores que pueden debutar años más tarde.

El paradigma de la prevención primaria en oncología es la vacunación de todas las niñas contra el virus del papiloma humano, asociado con cáncer de cérvix, vulva, vagina y ano.

El cáncer de mama es muy poco frecuente (en torno al 1% de todos los tumores en la infancia y <0,1 % de los tumores en la adolescencia). Se han identificado tres tipos de tumores mamarios:

- Tumores malignos primarios de la mama (carcinomas, sarcomas o linfomas)
- Tumores metastásicos (rhabdomyosarcoma o leucemias, linfoma No Hodgkin)
- Tumores secundarios a irradiación torácica. La adolescente que haya recibido radiación torácica, como sucede en las supervivientes de la enfermedad de Hodgkin y otras neoplasias, tiene mayor riesgo toda su vida de desarrollar cáncer de mama. En estos casos, el carcinoma es más frecuente que el sarcoma. Por ello se aconseja que se inicie el control mamográfico antes del cribado poblacional normal, según protocolo de cada comunidad.

En jóvenes con alto riesgo de cáncer de mama (antecedentes familiares directos, mutación de BRCA-1 y BRCA-2) se aconseja sólo autoexamen mamario hasta los 21 años y examen mamario clínico hasta los 25, sin necesidad de pruebas de imagen si no se halla patología palpable. La mamografía no suele ser de utilidad en este grupo de edad.

El cáncer de ovario supone solo el 2% de mis cánceres que se diagnostican en mujeres menores de 20 años. No existe posibilidad de cribado a ninguna edad y se suelen diagnosticar en el contexto de algún estudio por síntomas abdominales. Sólo se realiza profilaxis del cáncer de ovario para extirpar las cintillas gonadales en pacientes con disgenesia gonadal y presencia de cromosoma Y .

Los tumores malignos ováricos mas frecuentes en niñas y jóvenes son los de células germinales. Los carcinomas ováricos cuyo origen son células no germinales incluyen los tumores derivados de elementos epiteliales malignos: cistadenocarcinoma, tumores de células claras, tumores endometrioides y carcinomas no diferenciados. El tratamiento está relacionado con el estadio de la enfermedad y suele incluir poli-quimioterapia.

El tumor de células de la granulosa juvenil del ovario es un tumor ovárico estromal de los cordones sexuales, poco frecuente, que se presenta en las niñas menores de 18 años. Representa cerca del 5% de los tumores ováricos en niñas y adolescentes y son diferentes de los tumores de células de la granulosa en adultos. La mayoría de las pacientes presentan pubertad precoz. Otros síntomas que se presentan son dolor abdominal, masa abdominal y ascitis. Hasta un 90% de las niñas tendrán la enfermedad en un estadio I de la clasificación de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) y por lo general se curan con salpingo-ooforectomía unilateral. Las pacientes con la enfermedad avanzada (estadios II-IV de la FIGO) y aquellas con tumores de actividad mitótica alta tienen un pronóstico menos favorable.

Conclusiones

La adolescencia es un momento clave en la vida de las mujeres, en el que suceden cambios corporales y psicológicos de gran envergadura. La mayor parte de los síntomas ginecológicos son de origen funcional y pueden ser abordados sin dificultad en la consulta del pediatra, que es además el médico de confianza de la adolescente.

El mayor esfuerzo debe centrarse en la educación para la salud y las medidas preventivas. En el campo de la ginecología esto toma especial relevancia ya que la adolescencia es el periodo en el que se inician las relaciones sexuales, siendo esencial transmitirles información veraz y asequible en materia de anticoncepción y prevención de ITS.

El manejo eficaz de la anticoncepción hormonal proporciona una herramienta terapéutica de primer orden para el manejo de las alteraciones menstruales por exceso y por defecto, así como las dismenorreas y el dolor pélvico crónico en Atención Primaria.

La coordinación con los especialistas en ginecología y la creación de unidades de ginecología Infanto-juvenil integradas por pediatras y ginecólogos contribuirá, sin duda, a mejorar la asistencia de las adolescentes con síntomas ginecológicos.

Bibliografía

1. Salmerón Ruiz, MA; Casas Rivero J. Problemas de salud en la adolescencia. *Pediatr Integral* 2013; 17:94-100
2. Díez-Gañán L. Morbilidad hospitalaria, Comunidad de Madrid, 2008. *Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid* 2009; 15:26-27
3. Interrupción Voluntaria del Embarazo. Datos definitivos correspondientes al año 2019. Ministerio de Sanidad.
4. II plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad 2013
5. Thibaud E. Gynecologic clinical examination of the child and adolescent. En: *Pediatric and adolescent gynecology. Evidence-based clinical practice*. Sul-tan C, ed. Basel: Karger 2004, vol 7:7-8
6. Cancelo Hidalgo MJ et al. Ginecología Pediátrica. Documento de Consenso de la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología
7. Cancelo et al. Consenso SEGO Anticoncepción en la Adolescencia 2012
8. Powell A. Choosing the right oral contraceptive pill for teens. *Pediatr Clin N Am* 2017; 64:343-358
9. Curtis KM, Tepper NK, Jatlaoui TC et al. U.S. Medical eligibility criteria for contraceptive. Use, 2016. *MMWR Recomm Rep* 2016; 65:1-103
10. Allen S, Barlow E. Long-Acting Reversible Contraception. *Pediatr Clin N Am* 2017; 64:359-369
11. Aptar D. Contraception options: Aspects unique to adolescent and young adult. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* 2018; 48:115-127
12. Quintana C. Sexualidad y Anticoncepción en la adolescencia. *Pediatr Integral* 2013; 17: 171-184.
13. Robbins CL, Ott MA. Contraception options and provision to adolescents. *Minerva Pediatrica* 2017; 69:403-414
14. Todd N, Black A. Contraception for adolescents. *J Clin Res Pediatr Endocrinol* 2020; 12(Suppl 1):28-40
15. Guía de Criterios de Derivación a CCEE de Ginecología. Actualización 2021. Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria y Servicio de Obstetricia y Ginecología del CHUIMI
16. Calatrava M, López del Burgo C, de Irala J. Factores de riesgo relacionados con la salud sexual en los jóvenes europeos. *Med Clin (Barc)* 2012; 138:534-540
17. Andrés Domingo, P. Las infecciones de transmisión sexual. *Pediatr Integral* 2013; 17:185-196
18. Prevención de la patología infecciosa y oncológica en la adolescencia. Protocolos de Ginecología General de la Sociedad Española de Obstetricia y

Ginecología. Actualizado en 2013

19. Munro MG, Critchley HO, Fraser IS. The FIGO systems for nomenclature and classification of causes of abnormal uterine bleeding in the reproductive years: who needs them? *Am J Obstet Gynecol* 2012; 207:259
20. Haamid F et al. Heavy menstrual bleeding in adolescents. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2017; 30: 335-340. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpag.2017.01.002>
21. Munro MG, Critchley HO, Broder MS et al. FIGO classification system (PALM-COEIN) for causes of abnormal uterine bleeding in nonpregnant women of reproductive age. *Int J Gynaecol Obstet* 2011; 113:3
22. Guía de Derivación a la Consulta de Patología Ginecológica de la Infancia y la Adolescencia desde Atención Primaria, consensuada entre los Servicios de Ginecología y Pediatría del Complejo Hospitalario Universitario Materno Infantil de Canarias y la Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria. Mayo 2021
23. Sachedina A, Todd N. Dysmenorrhea, endometriosis and chronic pelvic pain in adolescents. *J Clin Res Pediatr Endocrinol* 2020; 12(Suppl 1):7-17 <http://dx.doi.org/10.4274/jcrpe.galenos.2019.2019.S0217>
24. Dismenorrea en la adolescencia. Documento de consenso de la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología. Actualizado en 2013
25. Ryan SA. The treatment of dysmenorrhea. *Pediatr Clin N Am* 2017; 64:331-342. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pcl.2016.11.004>
26. Guía de Práctica Clínica de Endometriosis. Sociedad Canaria de Obstetricia y Ginecología. ISBN 978-84-09-02216-8
27. Deligeoroglou E et al. Evaluation and management of adolescent amenorrhea. *Ann N Y Acad Sci* 2010; 1205:23-32. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1749-6632.2010.05669.x>
28. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Patología mamaria en la adolescencia. Actualizado en 2013
29. Sultan C ed. Pediatric and Adolescent Gynecology. Evidence-based clinical practice. *Endocr Dev. Basel: Karger* 2004, 7:183-196
30. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Prevención de la patología infecciosa y oncológica en la adolescencia. Actualizado en 2013
31. San Filippo J, Lara-Torre E. Adolescent gynecology. *Obstet Gynecol* 2009; 113:935-947

