

Trastornos menstruales de la adolescencia

M.J. Rodríguez Jiménez (*) , I. Hernández de la Calle ()**

(*) Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes. Madrid.

(**) Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario Vall D'Hebrón. Barcelona.

Fecha de recepción: 28 de agosto 2014

Fecha de publicación: 10 de octubre 2014

Adolescere 2014; II (3): 7-17

Resumen

Los trastornos menstruales de la adolescente engloban una serie de procesos relacionados con el ciclo menstrual, ya sea por alteración en el patrón de sangrado (por defecto: *amenorrea*; por exceso: *hemorragia uterina*), ya sea por dolor en la aparición del mismo (*dismenorrea*). Dichos problemas afectan hasta un 75% de las adolescentes y se relacionan con la elevada prevalencia de ciclos anovulatorios (55-82%) en los dos primeros años tras la menarquia. La importancia de las alteraciones del ciclo por exceso de sangrado es que, por su intensidad o por su persistencia en el tiempo, pueden dar lugar a anemia e incluso necesidad de transfusión. Por otro lado, las alteraciones por defecto (*amenorrea*) son causadas por varias entidades nosológicas, con diferente repercusión clínica. Finalmente, la *dismenorrea* es un proceso verdaderamente invalidante en el que se plantea el diagnóstico diferencial entre causa funcional u orgánica.

Palabras clave: *ciclo menstrual, amenorrea, dismenorrea, menstruación abundante.*

Abstract

The menstrual disorders in adolescence include several processes related to the menstrual cycle, whether by alteration in the pattern of bleeding (default: *amenorrhoea*; excess: *heavy uterine bleeding*), whether it is pain in the appearance of the same (*dysmenorrhoea*). These problems affect up to 75% of girls and are related to the high prevalence of anovulatory cycles (55-82%) in the first two years after menarche. The importance of the menstrual disorders due to excessive bleeding is which, by its intensity or its persistence over time, they can lead to anemia and even need for transfusion. On the other hand, the changes by default are caused by various nosological entities, with different clinical impact. Finally, *dysmenorrhoea* is a truly crippling process which proposes the differential diagnosis between functional or organic cause.

Keywords: *menstrual cycle, amenorrhoea, dysmenorrhoea, heavy uterine bleeding.*

Introducción

Los trastornos del ciclo menstrual constituyen uno de los motivos más frecuentes de consulta médica entre las adolescentes. Estudios realizados en nuestro país revelan que la edad media en la que aparece la primera menstruación es aproximadamente de 12,6 años y puesto que las alteraciones son debidas en su mayoría a la inmadurez del eje hipotálamo-hipófiso-gonadal en los dos años posteriores a la menarquia, esa consulta va a ser recibida por el pediatra la mayoría de las veces y al ginecólogo sólo se va a consultar en los casos en los que la intensidad de la alteración sea mayor.

Ante esas alteraciones la actuación médica puede variar desde la conducta expectante y vigilancia de la evolución del cuadro, puesto que clásicamente conocemos que las irregularidades van a ser la norma al principio de la edad reproductiva, o la conducta activa instaurando tratamientos en todos los casos para evitar la repercusión de las mismas en la vida diaria de la joven. Por otra parte, hay que tener presente que pueden esconder otro tipo de patología que requiera tratamiento y seguimiento específico y que el médico ha de saber reconocer y diagnosticar.

Según el American College of Obstetrics and Gynaecology y American Academy of Pediatrics¹ el ciclo menstrual se debe interpretar como un signo vital adicional, indagando sobre sus características e insistiendo en su importancia ante la joven y sus padres, pues al igual que la tensión arterial, la frecuencia cardiaca o la frecuencia respiratoria pueden ser la clave del diagnóstico de enfermedades importantes, la identificación de un patrón menstrual anormal puede permitir la identificación precoz de posibles patologías durante la madurez.

Para conocer cuáles son las alteraciones más frecuentes, a que son debidas y la frecuencia con la que aparecen durante la adolescencia primero hay que hacer referencia a las características del ciclo menstrual normal: edad de aparición de la menstruación o menarquia, periodicidad, duración y cantidad.

Menarquia

La aparición de la primera menstruación o menarquia indica que la joven ha alcanzado un nivel determinado de madurez sexual y entra en la fase reproductiva de la vida.

La menarquia ocurre típicamente dentro de los 2-3 años posteriores al comienzo del desarrollo mamario o telarquia, cuando se ha alcanzado el Estadio Tanner IV y es raro que ocurra antes. La menarquia se correlaciona con la edad de comienzo del desarrollo puberal y mamario. Así, en las chicas con un comienzo precoz del desarrollo mamario, el intervalo hasta la menarquia es mayor, de 3 años o más, que en aquellas que lo inician más tarde.

La mayoría de las consultas por trastornos menstruales van a ser recibidas por el pediatra debido a que la menarquia se produce alrededor de los 12 años y medio

A lo largo de la evolución de la humanidad, se ha podido comprobar que la menarquia aparece en edades más precoces en función de la mejoría en los cuidados sanitarios, la mejora en la alimentación y la disminución del trabajo infantil. Sin embargo, en los últimos 40-50 años la edad de aparición de la menarquia se ha estabilizado, permaneciendo entre los 12 y 13 años en los países desarrollados y en poblaciones bien alimentadas. En España se dispone de dos estudios: uno realizado en Cataluña por Parera y colaboradores² en 1994, en el que se demostró una media de edad de la menarquia de 12,6 años, sin diferencias entre las mujeres adolescentes y adultas y otro estudio longitudinal realizado en 2005 en la población aragonesa por Fernández y colaboradores³ que confirman la misma media de edad de la menarquia: 12,62 años.

Periodicidad y duración del ciclo

Los ciclos menstruales son con frecuencia irregulares en las adolescentes. A pesar de la variabilidad, la mayoría de los ciclos tienen un rango entre 21 y 45 días, aunque sean frecuentes tanto ciclos cortos de <20 días como los largos >45. Hacia el 3º año tras la menarquia, el 60-80% de los ciclos duran entre 21 y 34 días, como en la mujer adulta. La duración normal del ciclo individual de cada mujer se estabiliza alrededor del 6º año ginecológico, a una edad cronológica de 19-20 años.

La causa más frecuente de esos ciclos irregulares va a ser la anovulación que caracteriza los primeros años de la actividad menstrual: del 55 al 82% de todos los ciclos en los primeros dos años tras la menarquia van a ser anovulatorios⁴. La aparición de los ciclos ovulatorios está a la vez relacionada con la edad de la menarquia: el inicio temprano de las menstruaciones se asocia con un inicio temprano de los ciclos ovulatorios y por el contrario, pueden pasar incluso de 8 a 12 años después de la menarquia hasta que las chicas que la tuvieron más tarde sean completamente ovuladoras.

La causa más frecuente de esos ciclos irregulares va a ser la anovulación que caracteriza los primeros años de la actividad menstrual

Es importante cuando una adolescente nos habla de que sus ciclos no son regulares saber a qué está refiriendo: ella puede querer decir que su duración no es exactamente de 28 días; que el periodo no viene exactamente el mismo día de la semana o del mes; que todos los meses no duran igual; que se "salta meses" cuando tiene un ciclo a finales de un mes y no comienza hasta el principio del mes siguiente; o que tiene 2 reglas al mes si una aparece los primeros días y otra al final del mismo mes. Y ninguna de esas quejas supone una irregularidad del ciclo.

Por eso es muy importante animar a las jóvenes a que rellenen un calendario menstrual, en el que se objeive claramente cuando y con qué duración aparecen los ciclos menstruales.

Cantidad de sangrado

La pérdida menstrual se calcula sobre 30-60 ml de sangre por ciclo, considerándose excesiva si supera los 80 ml⁵. La forma práctica de medirlo es el recuento de los apósitos sanitarios utilizados, considerándose que el sangrado es excesivo si se necesita usar más de 6 al día o si requiere cambiarse en un espacio de tiempo menor a una hora.

Como no todos los días la cantidad de flujo menstrual es la misma, es importante que se diferencie el "sangrado", que precisa utilizar más de una compresa o tampón por día, del "manchado" cuando la pérdida es inferior a un apósito al día.

Ciclo menstrual normal

Fraser⁶ en 2007 recomienda la unificación de los términos usados para definir las anomalías del ciclo para usar términos más homogéneos descriptivos, simples y fáciles de entender por las mujeres y de traducir a diferentes lenguas. (Tabla 1)

Tabla 1.
Propuesta de nomenclatura
para definición de la normalidad y patología
del ciclo menstrual por Fraser *et al*⁶

DIMENSIONES DE LA MENSTRUACIÓN Y CICLO MENSTRUAL	TÉRMINO DESCRIPTIVO	LÍMITES NORMALES (percentil 5º-95º)
Frecuencia del período (días)	Frecuente	<24
	Normal	24-38
	Infrecuente	>38
Regularidad de la menstruación (variación ciclo a ciclo a lo largo de 12 meses, en días)	Ausente	--
	Regular	Variación de ± 2 a 20 días
	Irregular	Variación mayor de 20 días
Duración del sangrado (días)	Prolongado	>8
	Normal	4-8
	Acortado	<4
Volumen de la pérdida menstrual mensual (ml)	Fuerte	>80
	Normal	5-80
	Ligero	<5

Alteraciones por exceso: sangrado uterino excesivo en la adolescente

La importancia de las alteraciones del ciclo por exceso es que el sangrado, por su intensidad o por su persistencia en el tiempo, puede dar lugar a anemia e incluso necesidad de transfusión

La menstruación excesiva^{7,8} puede serlo por su frecuencia (intervalos entre reglas de menos de 20 días), por su duración (más de 8 días) o por su cantidad (más de 80 mls) o asociación de las anteriores. Otra forma de valorarlo es contando el número de tampones o compresas cuando es preciso utilizar más de 6 apósitos en 1 día (necesitar cambiarlos cada 3-4 hs es lo normal).

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

La causa más frecuente del sangrado excesivo en la adolescente es la anovulación secundaria a la inmadurez del eje hipotálamo-hipófiso-ovárico. El ciclo ovulatorio normal supone la producción cíclica de estradiol, que inicia el crecimiento folicular y la proliferación endometrial, seguida de la producción de progesterona tras la ovulación que transforma el endometrio en secretor. La ausencia de esta segunda hormona en los ciclos anovulatorios permite que el endometrio prolifere indefinidamente dando lugar al descamarse a sangrados prolongados en el tiempo o de intensidad aumentada.

Entre el 10-20% de los sangrados excesivos tiene una causa orgánica y la mayoría son secundarios a alteraciones de la hemostasia. Normalmente se trata de alteraciones de los factores de la coagulación, siendo el más frecuente el de la enfermedad de Von Willebrand seguido de las alteraciones plaquetarias. Otras causas orgánicas menos frecuentes son las complicaciones relacionadas con el embarazo, las tumoraciones benignas de útero (pólipos y miomas), las alteraciones endocrinológicas (hipo/hipertiroidismo, síndrome de ovario poliquístico, alteraciones adrenales), los cuerpos extraños vaginales y la ingesta de fármacos (anticonceptivos, psicótropos, antiagregantes).

Alteraciones por defecto: sangrado uterino infrecuente y amenorrea

La causa más frecuente de los trastornos del sangrado por defecto^{9,10} (intervalo prolongado entre menstruaciones) en la adolescente es también la anovulación debida a la inmadurez del eje hipotálamo-hipófiso-ovárico y la debida al síndrome de ovario poliquístico. Otras causas frecuentes son las alteraciones del peso, tanto por defecto como por exceso, el estrés, el ejercicio físico excesivo y la hiperprolactinemia.

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 éstos se han desarrollado adecuadamente. La amenorrea primaria puede ser debida a alteraciones anatómicas (agenesia mülleriana, himen imperforado, síndrome de Morris), ováricas (disgenesias gonadales, síndrome de ovario poliquístico), hipotalámicas (tumores, radioterapia holocraneal, retraso constitucional) hipofisarias (hiperprolactinemia, hipopituitarismo) o sistémicas (enfermedades crónicas de larga evolución, alteraciones endocrinas).

La *amenorrea secundaria* es la ausencia de menstruación durante 6 o más meses en una joven que ya la tenía, habiendo descartado gestación. Sin embargo es estadísticamente infrecuente que las adolescentes permanezcan en amenorrea más de 90 días (el percentil 95 de la duración del ciclo). Por lo tanto, las chicas con ciclos caóticos e irregulares con >3 meses entre periodos deben ser evaluadas sin asumir que es normal tener periodos irregulares en el primer año ginecológico. Las causas más frecuentes de amenorrea secundaria son las alteraciones ováricas, especialmente el síndrome del ovario poliquístico, y las de origen central, secundarias a trastornos de la conducta alimentaria, ejercicio físico intenso o estrés.

Las causas más frecuentes de amenorrea secundaria son las alteraciones ováricas, especialmente el síndrome del ovario poliquístico, y las de origen central, secundarias a trastornos de la conducta alimentaria, ejercicio físico intenso o estrés

Diagnóstico de los trastornos menstruales

Lo más importante es diferenciar si existe una causa orgánica del mismo o se trata de un desorden funcional. Para ello nos basaremos en la anamnesis, la exploración física y las pruebas complementarias.

En cuanto a la anamnesis, la entrevista puede realizarse con la adolescente sola o con acompañante. En éste último caso, si la adolescente es mayor de 13 años, siempre debe reservarse un momento de intimidad para preguntarle por la existencia de relaciones sexuales, asegurándole la confidencialidad y que sus padres sólo serán informados si ella lo autoriza o si existe un grave problema de salud.

Es importante recabar información sobre antecedentes en la familia de enfermedades graves o alteraciones de la hemostasia, tanto hemorrágicas como enfermedad tromboembólica. Tam-

bién por la talla y tipo constitucional de los padres, edad de desarrollo de los padres y hermanos y edad de la menarquia materna y de las hermanas mayores.

En los antecedentes personales es importante conocer, además de la existencia de otras patologías, si consume medicamentos o drogas, si ha existido pérdida o ganancia de peso, si hace deporte y con qué intensidad, y si existen problemas asociados como acné, hirsutismo, alopecia o secreción mamaria.

En las adolescentes que hayan presentado la menstruación se investigará la edad de la menarquia, la cantidad de flujo, la duración de los ciclos, el número de apósitos utilizado, la presencia de dismenorrea, la fecha de la última regla y el tiempo de evolución de las alteraciones. En las jóvenes sexualmente activas se debe preguntar por el número de parejas y el uso de método anticonceptivo.

En la exploración física general valoraremos el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, el estado nutricional y la palidez. Se valorarán así mismo signos de hiperandrogenismo (acné, seborrea, hirsutismo...).

La exploración ginecológica mediante tacto vaginal es preceptiva si la joven ha tenido relaciones sexuales

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, comprobando la normalidad de los genitales externos y la permeabilidad de himen y vagina, y una ecografía pélvica para valorar útero y anejos.

En los casos de sangrado excesivo, 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. En los casos de sangrado uterino infrecuente o ausente se añadirá al estudio analítico básico la determinación de FSH, LH, estradiol, PRL, TSH y T4. Si existen signos de hiperandrogenismo también testosterona total y libre y 17-OH-progesterona.

La ecografía ginecológica es una prueba diagnóstica de gran ayuda en las adolescentes porque además de barata y sencilla puede aportar información relevante. En las jóvenes no sexualmente activas se puede realizar vía transabdominal, con repleción vesical, o vía transrectal. En los casos de sangrado excesivo la ecografía ginecológica sirve para descartar patología orgánica causante del sangrado, como pólipos, miomas o tumoraciones anexiales. En las amenorreas, se podrá valorar la existencia de útero y anejos y el aspecto de los ovarios.

Otras pruebas complementarias que pueden aportar información sólo deberán solicitarse si se sospecha una patología concreta:

- RM abdomino-pélvica: ayuda en el diagnóstico de las malformaciones del tracto genital interno, aunque va siendo relegada por la ecografía tridimensional
- RM craneal: indicada en las hiperprolactinemias y sospecha de tumores hipotalámicos
- Cariotipo: en las disgenesias gonadales y fallo ovárico prematuro
- RX de muñeca: para determinar la edad ósea en los casos de amenorrea primaria que presenten un retraso constitucional generalizado

Tratamiento del sangrado uterino excesivo

Los trastornos menstruales de la adolescente no siempre necesitan tratamiento médico y, al ser debidas en su mayoría a una inmadurez del eje hipotálamo-hipófisis-ovario, suelen mejorar espontáneamente¹¹. 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, es suficiente con tranquilizar a la paciente, aconsejar medidas higiénico dietéticas como reposo los días de mayor sangrado o alimentos ricos en hierro, y controlar cada 3 meses la evolución de las reglas.

La suplementación con hierro está indicada siempre que se detecte un déficit del mismo.

El tratamiento médico no hormonal está indicado en aquellos sangrados abundantes sin patología orgánica subyacente y con un patrón de aparición más o menos regular. Las dos principales líneas de tratamiento son los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y los antifibrinolíticos.

El mecanismo de acción de los AINE es por la alteración del equilibrio entre el tromboxano_{A2} (vasoconstrictor y estimulante de la agregación plaquetaria) y la Prostaciclina (PG I₂, vasodilatadora e inhibidora de la agregación) a favor del primero. Pueden llegar a disminuir la cantidad de flujo en 40-50%. El más útil es el ácido mefenámico.

Los activadores del plasminógeno son un grupo de enzimas que causan fibrinólisis (disolución de los coágulos). Se ha observado un aumento en los niveles de los activadores del plasminógeno en el endometrio de mujeres con sangrado menstrual grave, comparado con aquellas con pérdidas menstruales normales. Por lo tanto, se ha fomentado el uso de los inhibidores de los activadores del plasminógeno (agentes antifibrinolíticos) como un tratamiento para el sangrado menstrual grave. El tratamiento antifibrinolítico con ácido tranexámico provoca una mayor reducción en las mediciones objetivas del sangrado menstrual abundante en comparación con el placebo u otros tratamientos médicos (AINE, progestágenos orales de la fase lútea y etamsilato). Este tratamiento no se asoció con un aumento en los efectos secundarios ni con un aumento del riesgo de enfermedad trombotogénica (trombosis venosas profundas).

El tratamiento hormonal está indicado tanto para el control del episodio agudo como para restablecer la periodicidad del ciclo en aquellos casos en los que exista una repercusión analítica o esté afectada la calidad de vida de la adolescente¹². Las opciones de tratamiento hormonal son: anticonceptivos combinados, compuestos estrógeno+gestágeno no anticonceptivos y gestágenos solos (orales, depot, o intrauterinos).

En el caso de un episodio agudo de sangrado activo profuso, lo primero es el cese del mismo, para lo que se empleará un compuesto anticonceptivo que contenga 50 microgramos de etinilestradiol a altas dosis (3 comprimidos/día hasta el cese del sangrado; 2 comprimidos/día durante 3 o 4 días; 1 comprimido al día durante 10 días). Al cesar el tratamiento, se producirá un nuevo sangrado por privación y se comenzará con un anticonceptivo a dosis habitual durante 3 a 6 meses. Si tras suspenderlo, las menstruaciones son normales mantendremos actitud expectante. Si retornan las hemorragias, hay que pautar anticonceptivos otros 3 a 6 meses.

Los anticonceptivos combinados reducen hasta en un 70% la cantidad de flujo menstrual y regularizan el ciclo. La pauta habitual de tratamiento es de 1 comprimido al día durante 21 días seguido de 7 días de descanso o toma de placebo, en los cuales aparece el sangrado por privación. Si la anemia es severa y se quieren evitar pérdidas sanguíneas hasta recuperar una

Las metrorragias de la adolescente no siempre necesitan tratamiento médico y, en su mayoría, suelen mejorar espontáneamente. Lo importante es valorar la repercusión que tienen en la joven y vigilar la evolución del cuadro

Los compuestos combinados de estrógeno natural (valerato de estradiol) más gestágeno sólo deben utilizarse en aquellos casos en los que la paciente no sea sexualmente activa pues no inhiben la ovulación

cifra de hemoglobina aceptable, está indicado mantener un tratamiento continuado con un anticonceptivo sin pausa de descanso durante 3-4 meses. Con ello, se evita la menstruación durante ese tiempo y se produce una mayor atrofia endometrial, por lo que al suspenderlo, la regla será poco abundante.

Los compuestos combinados de estrógeno natural (valerato de estradiol) más gestágeno sólo deben utilizarse en aquellos casos en los que la paciente no sea sexualmente activa pues no inhiben la ovulación. Disminuyen menos la cantidad de flujo menstrual que los anticonceptivos.

El tratamiento con gestágenos orales no disminuye tanto la cantidad de sangrado pero se utilizan para conseguir un ritmo controlado de privación. También en aquellos casos en los que exista contraindicación para la toma de estrógenos, como las trombofilias. La posología es: progesterona micronizada 200 mgrs/día o acetato de medroxiprogesterona 10 mgrs/d, durante 12 días comenzando el día 14º del ciclo menstrual (el primer día es el que baja la regla).

En los casos en los que se necesite una supresión prolongada del sangrado se puede recurrir tanto a los gestágenos depot (acetato de medroxiprogesterona), implante de etonorgestrel y dispositivo intrauterino de levonorgestrel. Estos últimos además proporcionan una anticoncepción eficaz y segura, aunque se debe advertir a la joven de que en los primeros meses es frecuente la aparición de sangrados escasos pero erráticos.

El tratamiento se mantendrá de 3 a 6 meses y valoraremos la evolución de los ciclos tras suspensión del mismo.

Tratamiento de la amenorrea

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; hormonal sustitutivo con Estradiol parches o Estrógenos equinos 0,625 mgr/día en el Sind. de feminización testicular.

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.

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 1 o 2 comp/sem. 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/d; acetato de medroxiprogesterona 10 mgrs/día, ambos durante 12 días/mes).

En el caso de una adolescente que tenga relaciones sexuales o si existen claros signos de androgenización, se aconseja el tratamiento con un anticonceptivo que contenga etinilestradiol y un gestágeno antiandrogénico, como la drospirenona o clormandinona, que se mantendrá en función de la mejoría de los síntomas.

En el caso de una adolescente que tenga relaciones sexuales o si existen claros signos de androgenización, se aconseja el tratamiento con un anticonceptivo que contenga etinilestradiol y un gestágeno antiandrogénico, como la drospirenona o clormandinona

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...) Se pueden utilizar compuestos combinados no anovulatorios (valerato de estradiol +gestágeno) o anticonceptivos que contengan 30 o 35 mgrs de etinilestradiol.

Dismenorrea

Uno de los motivos más frecuentes de consulta es el dolor menstrual o dismenorrea. 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.

La dismenorrea primaria es la más frecuente en la adolescente (43-93%)¹³. Dado que la dismenorrea primaria sólo 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 de 39%. Su frecuencia aumenta entre los 14 y 16 años y su máxima incidencia es entre los 17-18 (72%). En cambio, la dismenorrea que empieza a los 18- 20 años suele ser secundaria.

En relación con la etiopatogenia de la dismenorrea primaria, actualmente se acepta que tras la ovulación el endometrio produce prostaglandinas que estimularían la vasoconstricción local y la contracción miometrial. La vasoconstricción produciría isquemia endometrial que contribuiría a controlar la hemorragia menstrual. Por otro lado la contracción miometrial ayudaría a expulsar la sangre menstrual de la cavidad uterina. Ambas, la vasoconstricción local y la contracción miometrial, explicarían el dolor que acompaña al ciclo menstrual ovulatorio.

Tratamiento de la dismenorrea

Si bien existen medidas no farmacológicas que pueden ayudar a mejorar el dolor menstrual como el ejercicio, reposo, calor local, dieta baja en grasas, suplementación con Omega3 o acupuntura, el tratamiento de la dismenorrea se basa en dos pilares: los antiinflamatorios no esteroideos y los anticonceptivos¹⁴.

Los inhibidores de la síntesis de prostaglandinas (antiinflamatorios no esteroideos) constituyen el primer peldaño del tratamiento. La administración se realiza durante los 2 o 3 primeros días de la regla, no habiéndose comprobado la utilidad de su toma en días previos. Para valorar su eficacia es necesario mantener los tratamientos 5-6 meses e incluso cambiar de uno a otro compuesto hasta conseguir el más eficaz para cada paciente.

Si la dismenorrea no mejora con terapia anterior, si se asocian hemorragias cuantiosas o si la joven desea un método anticonceptivo, los anticonceptivos orales constituyen la segunda arma terapéutica, con los cuales conseguimos la eliminación del dolor en el 90% de los casos. Su efecto beneficioso viene determinado por la inhibición de la ovulación y por tanto de los niveles de prostaglandinas.

Cuando las medidas terapéuticas anteriores no resuelven el cuadro de dolor hay que recurrir a la laparoscopia para descartar patología orgánica responsable.

El tratamiento de la dismenorrea se basa en dos pilares fundamentales: los antiinflamatorios no esteroideos y los anticonceptivos

PREGUNTAS TIPO TEST

- 1. ¿Cuál es la causa más frecuente de los trastornos menstruales durante la adolescencia?**
 - a. La patología benigna del ovario
 - b. La patología benigna del útero
 - c. La inmadurez de eje hipotálamo hipofisario ovárico
 - d. La ingesta de fármacos hormonales
 - e. La patología neoplásica del los genitales internos

- 2. ¿Cuál de estas afirmaciones no es cierta en relación a la menarquia?**
 - a. La edad media de la menarquia en las jóvenes españolas es de 12 años y medio
 - b. La menarquia aparece cuando el desarrollo mamario se encuentra en estadio Tanner IV
 - c. Las condiciones sanitarias y de alimentación influyen en la edad de la menarquia
 - d. Es muy frecuente que no aparezca la primera menstruación hasta los 16 años
 - e. La irregularidad de los ciclos es frecuente tras la menarquia

- 3. ¿Cuál debe ser la actitud ante la primera consulta de una adolescente por irregularidad en la menstruación?**
 - a. Remitir al Ginecólogo para ser valorada adecuadamente
 - b. Solicitar una analítica hormonal para diagnosticar alteraciones del eje hipotálamo-hipófiso-gonadal
 - c. No dar importancia, pues es lo habitual en los primeros años tras la menarquia pero hacer un seguimiento clínico
 - d. En todos los casos prescribir un tratamiento hormonal
 - e. Solicitar una ecografía ginecológica para valorar genitales internos

- 4. ¿Cuál de los siguientes no es un tratamiento que se utilice en los trastornos menstruales de las adolescentes?**
 - a. Los anticonceptivos
 - b. Compuestos combinados de estrógenos y gestágenos no anticonceptivos
 - c. Antifibrinolíticos
 - d. AINE
 - e. Estimulación con gonadotropinas hipofisarias (LH y FSH)

- 5. ¿Cuáles de los siguientes es el tratamiento que se debe prescribir en primer lugar para la dismenorrea?**
 - a. AINE, cuando tenga dolor o incluso de forma pautada los días de mayor sintomatología
 - b. AINE, comenzando 3 o 4 días antes de empezar la regla
 - c. Laparoscopia, para descartar patología orgánica
 - d. Anticonceptivos
 - e. Solo medidas físicas como reposo y calor local

Respuestas en la página 67

Bibliografía

1. American Academy of Pediatrics Committee on Adolescence, American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Adolescent Health Care, Diaz A, Laufer MR, Breech LL. Menstruation in girls and adolescents: using the menstrual cycle as a vital sign. *Pediatrics* 2006; 118(5): 2245-2250.
2. Parera N, Penella J, Carrera JM. Menarquía, avance secular y datos antropométricos. *Progresos de Obstetricia y Ginecología* 1997; 40 (1): 30-37.
3. Fernández A, Baguer L, Labarta JI, Labena C, Mayayo E, Puga B et al: Longitudinal study of normal Spanish children from birth to adulthood anthropometric, puberty, radiological and intellectual data. *Pediatr. Endocrinol Rev.* 2005; 2 Suppl 4:425-455
4. Speroff L, Fritz M.A: Trastornos menstruales. En Speroff L, Fritz M.A.: *Endocrinología Ginecológica, Clínica y Esterilidad*. 7º edición. Lippincott Williams&Wilkins; 2006 p.531-546.
5. Gray SH, Emans SJ. Abnormal vaginal bleeding in the adolescent. In: Emans, Laufer, Goldstein's *Pediatric & Adolescent Gynecology*, 6th Emans SJ, Laufer MR (Eds), Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia 2012. P.159
6. Fraser IS, Critchley HOD, Munro MG, Broder M. Can we achieve international agreement on terminologies and definitions used to describe abnormalities of menstrual bleeding? *Human Reproduction* Vol.22, No.3pp. 635-643. 2007
7. 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.
8. Parera N, Colomé C. Enfoque clínico de los trastornos menstruales por exceso: menstruación excesiva, frecuente o prolongada. En: *Guía de Atención Ginecológica en la Infancia y adolescencia. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia*. 2013. P 63-70
9. de Santics V, Fiscina B: 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*. 2ª edición. Ed Ergón 2012 p 513-520
10. Gómez MT, Fuentes AM, González de Merlo G. Enfoque clínico de los trastornos menstruales por exceso. En: *Guía de Atención Ginecológica en la Infancia y adolescencia. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia*. 2013. p 71-80
11. Rodríguez M.J., Brañas P: El ciclo menstrual y sus trastornos. Hemorragia uterina disfuncional. Dismenorrea. Síndrome premenstrual. En: *Medicina de la adolescencia. Atención integral*. 2ª edición. Ed Ergón 2012 p 507-512
12. Rodríguez M.J Alteraciones menstruales de la adolescente. En: Argente J, Soriano L *Manual de Endocrinología Pediátrica*. 2º ed. Ed Ergon 2014 p75-84
13. Harel Z. Dysmenorrhea in adolescents and young adults: etiology and management. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2006; 19: 363-371.
14. Sánchez M, Blanes AA. Dismenorrea. Dolor pélvico agudo y crónico. En: *Guía de Atención Ginecológica en la Infancia y adolescencia. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia*. 2013.p 81-93.

Havrix® 720

Para niños y
adolescentes

Vacuna para la prevención
de la **hepatitis A**



- Seroconversión temprana y rápida¹
- Protección a largo plazo¹:
 - Los datos actuales no justifican la necesidad de dosis de recuerdo después de un ciclo de vacunación de 2 dosis.
- Buen perfil de seguridad¹

1. Ficha técnica Havrix

Para más información pincha aquí

