

Exploración ginecológica de la adolescente. Trastornos del ciclo menstrual (sangrado infrecuente o ausente, sangrado excesivo, dismenorrea)

N. Curell Aguilà⁽¹⁾, N. Parera Junyent⁽²⁾, ⁽¹⁾Jefe de la Unidad de Adolescentes. Departamento de Pediatría.⁽²⁾Jefe del Área de Ginecología de la Infancia y la Adolescencia. Departamento de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitari Dexeus. Barcelona.

Fecha de recepción: 22 de noviembre 2018

Fecha de publicación: 28 de febrero 2019

Adolescere 2019; VII (1): 6-15

Resumen

Durante la adolescencia es característica la falta de percepción de riesgo y una cierta inseguridad ante el propio proceso de desarrollo psicosexual y puberal. En la primera exploración ginecológica es importante establecer un buen vínculo con el profesional sanitario que podrá favorecer, en el futuro, una actitud responsable hacia la propia salud sexual y reproductiva. Para ello se debe cuidar la accesibilidad y la confidencialidad, evitando exploraciones innecesarias e informar sobre variaciones de la normalidad, anticoncepción y prevención. Las consultas por alteraciones del ciclo menstrual, por exceso o por defecto, son frecuentes en la 2-3 primeros años post-menarquia y son de causa funcional en la mayoría de casos. El dolor durante la menstruación también es un motivo de consulta frecuente y, si interfiere negativamente en la vida cotidiana, debe ser tratado. Detectar patología orgánica, prevenir complicaciones (especialmente la anemia con hipovolemia en el sangrado excesivo) y saber cuándo derivar a hacer exploraciones complementarias o al especialista es el reto del médico que atiende a adolescentes.

Palabras clave: *Adolescencia; Exploración ginecológica; Sangrado infrecuente; Sangrado excesivo; Amenorrea; Dismenorrea.*

Abstract

The lack of perception of risk and a certain insecurity towards the own psychosexual and puberal development process are characteristic during adolescence. It is important to establish a good link with the health professional in the first gynecological examination which may favor a future responsible attitude towards one's sexual and reproductive health. Accessibility and confidentiality must be ensured, avoiding unnecessary examinations and informing the patient about variations of normality, contraception and prevention. Menstrual cycle alteration queries, by excess or by defect, are frequent in the first 2-3 years post-menarche and they are, in most cases, due to a functional etiology. Menstruation pain is also a frequent reason for consultation and, if it interferes negatively in daily life, it must be treated. Detecting organic pathology, preventing complications (especially anemia with hypovolemia in excessive bleeding) as well as knowing when to refer for complementary examinations or to a specialist, are the challenges faced by the doctor who cares for adolescents.

Key words: *Adolescence; Gynecological examination; Infrequent bleeding; Excessive bleeding; Amenorrhea; Dysmenorrhea.*

Introducción: ¿cómo debe ser la atención ginecológica a la adolescente?

La adolescencia es un periodo de transición a nivel somático, cognitivo y social. Por ello, la primera visita al ginecólogo puede ser una experiencia educativa y gratificante o, por el contrario, resultar traumática y condicionar una actitud negativa frente a la continuidad de las revisiones ginecológicas en el futuro.

Las adolescentes están, en general, sanas, pero suelen tener una baja percepción del riesgo, por lo que son población diana de accidentes, embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual (ITS).

Los objetivos principales de la exploración en ginecología en la adolescencia son: confirmar o descartar la normalidad del aparato genital, diagnosticar la existencia de patología y, si es necesario, tomar muestras y/o indicar exploraciones complementarias. También es importante aprovechar la ocasión para establecer estrategias preventivas e inculcar responsabilidad a la adolescente en su esfera ginecológica^(1,2): control del ciclo, métodos anticonceptivos, prevención de ITS...

La esfera sexual es la más íntima de la persona. Por ello la adolescente demanda confidencialidad y respeto por parte del médico. Se deben evitar las actitudes paternalistas tanto como las de excesiva familiaridad y los juicios de valor. Para tratar adolescentes es imprescindible tener, además de los conocimientos científicos adecuados, capacidad de empatía. La consulta con el/la ginecóloga sirve a las adolescentes para tener a un profesional de referencia con quien consultar en caso de tener dudas o problemas.

Indicaciones de la consulta ginecológica en la adolescencia⁽³⁾

- Trastornos de la pubertad femenina, principalmente alteraciones de su cronología.
- Trastornos menstruales por exceso y por defecto, dismenorrea severa, irregularidades menstruales más de 2-3 años después de la menarquia.
- Trastornos mamarios: nódulos, asimetrías, excesos o defectos en el tamaño o aspecto de las mamas, secreciones.
- Signos de hiperandrogenismo.
- Patología vulvar: trastornos himeneales, infecciones, asimetrías, nódulos, dolor vulvar, trastornos dermatológicos, traumatismos, malformaciones.
- Dolor abdominal/pélvico.
- Alteraciones de la diferenciación sexual.
- Infecciones de transmisión sexual.
- Abuso sexual.
- Embarazo.
- Anticoncepción.

Entrevista ginecológica y anamnesis

Puede realizarse con la joven a solas o no, pero si es mayor de 12-14 años (o antes en determinados casos), siempre hay que reservar un tiempo para hablar con ella a solas. Hay que asegurarle la confidencialidad, y que algunos temas solo se tratarán con sus acompañantes si ella así lo desea. Si se detecta algún problema grave para la salud hay que comentarle que el tema deberá ser tratado con los adultos responsables.

La anamnesis debe ser lo más completa y detallada posible, como se especifica en la Tabla I.

Exploración física general

En la exploración física general se debe valorar peso, talla, índice de masa corporal, toma de tensión arterial y pulso, estado general y palpación abdominal. Hay que valorar también la presencia de signos de endocrinopatías incluido el hiperandrogenismo: acné, seborrea, hirsutismo (índice de Ferriman-Galwey).

En la primera exploración ginecológica es importante establecer un buen vínculo con el profesional sanitario que podrá favorecer, en el futuro, una actitud responsable hacia la propia salud sexual y reproductiva. La empatía, utilizar un lenguaje accesible, cuidar la confidencialidad lograrán establecer una relación basada en la confianza que fomente la autonomía de las adolescentes

Si es una adolescente sexualmente activa se debe aprovechar la consulta para hablar de anticoncepción y prevención de ITS

Exploración ginecológica

Cuando una adolescente ha de ser sometida a una primera exploración ginecológica suele presentar cierto miedo, mezcla de desinformación y de temor a lo desconocido, y por tanto, el médico debe ganarse su tranquilidad y confianza⁽⁴⁾.

La exploración ginecológica debe ser la mínima con la que se obtenga la máxima información

Es recomendable realizar siempre la exploración mínima que nos permita obtener la mayor información posible y siempre que no haya una urgencia inmediata, se puede posponer la exploración. Se debe ser cuidadoso y explicar previamente los distintos momentos de la exploración, destacando que no tiene porque ser una exploración dolorosa (si acaso algo molesta o poco agradable por enseñar algunas partes del cuerpo a una persona desconocida).

Es preferible que el profesional sanitario sea de sexo femenino. Si no lo es, debe haber también en la consulta alguna mujer. Es de gran ayuda, en ambos casos, la presencia de una enfermera o auxiliar que explique a la paciente qué es lo que debe hacer y le facilite desvestirse con comodidad, ofreciendo una bata o talla para respetar su pudor.

Al finalizar la exploración hay que comentar (si es el caso) que todo es normal, con el fin de tranquilizar a la paciente.

En el momento reservado para hablar con la adolescente a solas hay que aprovechar para que exprese alguna preocupación que no quiera comentar delante de su acompañante. Ese es el momento de preguntar si mantiene relaciones sexuales, si usa preservativo, si ha sufrido alguna situación de abuso y ofrecerle la posibilidad de consultar a solas nuevamente si presenta algún problema relacionado con su salud sexual y reproductiva.

La valoración del desarrollo puberal se realiza mediante los estadios de Tanner para situar a cada paciente dentro de la normalidad según su edad cronológica⁽⁵⁾.

Se realizará la inspección y palpación mamarias para valorar la consistencia de las mamas y la presencia de masas. Al principio de su desarrollo las mamas suelen ser fibrosas y muy sensibles por lo que la palpación debe ser extremadamente cuidadosa. El botón mamario puberal puede ser asimétrico: el inicio del desarrollo de una mama respecto a la otra puede demorarse hasta 12 meses. El desarrollo mamario finaliza alrededor de los 18 años de edad⁽⁶⁾.

La técnica de exploración genital dependerá de si la joven ha tenido o no relaciones sexuales coitales. En caso negativo nos basaremos principalmente en la inspección, y si es necesaria la exploración intravaginal se utilizarán espéculos pediátricos o virginales (solamente si el himen permite su paso y escogiendo la medida del espéculo en función de la amplitud del orificio himeneal). También se puede utilizar un vaginoscopio o histeroscopia con fuente de luz fría para la inspección de cérvix y vagina⁽⁷⁾.

Las indicaciones de la exploración intravaginal en una paciente no activa sexualmente son: leucorrea persistente que no responde a tratamientos, sospecha de cuerpo extraño intravaginal, sangrado genital de origen desconocido, cuando se precise un cultivo vaginal no contaminado por la vulva o sospecha de ITS⁽⁸⁾.

La adolescente se colocará en posición ginecológica: en decúbito supino, con las piernas separadas y dobladas. Se observa la distribución del vello púbico si ya se ha iniciado su crecimiento (en forma característica de triángulo invertido), las características del clítoris (el clítoris normal debe medir menos de 1 cm) y de los labios, del orificio uretral, el estado de las mucosas, la forma del himen y la presencia y aspecto del flujo genital (si es blanquecino o amarillento en ausencia de prurito es fisiológico en la pubertad). Puede existir una cierta asimetría (no patológica) en la medida de los labios menores. Asimismo se debe valorar la estrogenización de los genitales externos⁽⁹⁾.

Se separan los labios mayores y se pinzan junto con los menores con los dedos índice y pulgar y se estiran hacia fuera⁽¹⁰⁾. Así se puede observar el introito, ya que se abre el orificio himeneal. Su aspecto puede ser variable: desde muy fino y elástico, hasta muy grueso y ancho, incluso con tabiques himeneales. Un pequeño hisopo de algodón puede ayudar a desplegar las carúnculas himeneales si es necesario.

Hay que valorar la presencia de ganglios inguinales u otros hallazgos: alteraciones inflamatorias, patología dermatológica, traumatismos, condilomas, piercing, alteraciones uretrales, etc⁽¹¹⁾.

En la adolescente que mantiene relaciones sexuales, la exploración ginecológica es igual a la de la mujer adulta. Se realizará la inspección del cuello del útero y el tacto vagino-abdominal combinado para valorar los genitales internos.

Exploraciones complementarias en ginecología de la adolescencia

Las indicaciones para realizar cada de una de las exploraciones complementarias que expondremos a continuación están resumidas en las Tablas II y III.

La ecografía ginecológica es de gran ayuda en la adolescencia, ya que nos ofrece una información importantísima con una prueba no agresiva⁽¹²⁾. Se realizará por vía transabdominal con repleción vesical en la joven no sexualmente activa, o intravaginal en la adolescente que mantiene relaciones sexuales coitales. También se puede utilizar la ecografía transrectal, aunque puede ser desagradable para la paciente. Según los hallazgos de la ecografía ginecológica podemos determinar si una joven ha iniciado o no su pubertad (Tabla III).

La ecografía mamaria es una prueba no agresiva. Se puede utilizar para ampliar el estudio la punción citológica mamaria ecoguiada, o el estudio citológico o cultivo de las secreciones.

Es conveniente aprovechar la revisión ginecológica para practicar una analítica, incluyendo siempre el hemograma con ferrocínica para detectar ferropenia, bioquímica general y determinaciones hormonales en función de cada caso.

Se utilizará la radiografía de mano y muñeca izquierda para determinar la maduración esquelética con respecto a la edad cronológica (edad ósea)⁽¹³⁾.

Según la sospecha clínica, se indicaran otras exploraciones: RNM, TAC craneal, cariotipo, exploración pélvica por RNM, bajo anestesia o laparoscopia, biopsias o anatomía patológica. En determinados casos será precisa la interconsulta con otras especialidades médicas (dermatología, endocrinología, cirugía, genética, hematología, psiquiatría).

Trastornos del ciclo menstrual en la adolescencia: sangrado infrecuente o ausente, sangrado excesivo, dismenorrea

Definición

Las alteraciones del ciclo menstrual afectan a un elevado número de adolescentes (75%) debido a la gran frecuencia de ciclos anovulatorios en los dos o tres años posteriores a la menarquia, cuya media en España es de 12,6 años^(14,15). En la mayoría de los casos son debidas a trastornos funcionales y no suelen tener consecuencias a largo plazo.

Según la *American Academy of Pediatrics*⁽¹⁶⁾ y el *American College of Obstetrics and Gynecology*⁽¹⁷⁾ el ciclo menstrual debe considerarse como un signo vital, casi tan importante como el pulso, la respiración o la presión arterial. Un ciclo menstrual normal nos confirma (en la mayoría de los casos) la normalidad de una joven en el aspecto físico sexual, y nos permite descartar toda una serie de condiciones de salud que podrían afectarla en su futura salud sexual y reproductiva.

Los patrones menstruales en las jóvenes son más flexibles que los de la mujer adulta. Según Adams⁽¹⁸⁾, la longitud del ciclo menstrual se considera normal entre 20 y 45 días, y el percentil 95 para la longitud del ciclo menstrual en el primer año es de 90 días. La menstruación normal dura de 2 a 7 días y las pérdidas se calculan sobre unos 30 ml por ciclo, con un máximo de unos 60-80 ml.

Definiremos el sangrado como infrecuente cuando la distancia entre ciclos es superior a 45 días, y amenorrea secundaria es la ausencia de menstruación durante 90 días.

El sangrado excesivo (SE) se define como pérdida que dura más de 8 días, ciclos de menos de 20 días, o cantidad de regla superior a 6 compresas o tampones empapados por día, o asociaciones de las anteriores. Asimismo, una pérdida que requiera cambiarse en un espacio de tiempo menor a una hora a lo largo de 24 horas ha de ser evaluada.

Las adolescentes que presenten hirsutismo, acné moderado o severo además de ciclos menstruales infrecuentes, también deberían ser estudiadas, principalmente para descartar trastornos endocrinológicos.

Desde la menarquia hasta los 19 años la característica principal de los patrones menstruales es su variabilidad

La longitud del ciclo menstrual se considera normal entre 20 y 45 días, y la definición de amenorrea secundaria es la ausencia de menstruación en 90 días

La cantidad de menstruación ha de ser inferior a 6 apósitos saturados diarios

Diagnóstico de los trastornos del ciclo menstrual

La regla debe durar como máximo una semana

La anamnesis debe incluir antecedentes familiares de trastornos de coagulación (en el caso del SE), esterilidad, cronología y alteraciones de la pubertad y de los ciclos menstruales⁽¹⁹⁾.

Se debe interrogar (Tabla I) sobre el tipo de alimentación, cambios de peso, medicaciones y drogas, deporte e intensidad del mismo, situación escolar y estado psicológico. Respecto a los antecedentes personales, debemos conocer enfermedades, cirugía, medicaciones y alergias. Referente a la pubertad, hay que preguntar sobre su inicio y desarrollo. Sobre las características menstruales hay que conocer la edad de la menarquia, cantidad de menstruación y su duración, frecuencia menstrual y presencia de dismenorrea. Según la edad de la paciente, debemos preguntar sobre relaciones sexuales y tipo de las mismas, anticoncepción y frecuencia de uso, riesgo de infecciones de transmisión sexual, embarazos, antecedentes de agresión o abuso sexual.

El ciclo menstrual se calcula contando desde el primer día de la regla hasta el primer día de la regla siguiente

El estado de piel y mucosas y los signos de trastornos de coagulación serán importantes en caso de sangrado excesivo, así como signos de endocrinopatías en caso de sangrado infrecuente o ausente. En la exploración ginecológica valoraremos el aspecto de los genitales externos, presencia y permeabilidad del orificio vaginal, presencia de signos de hiperandrogenismo (clitoromegalia), trastornos de la diferenciación sexual, malformaciones.

Las exploraciones complementarias se basarán principalmente en la ecografía ginecológica, la analítica general en el sangrado excesivo y la analítica hormonal en el sangrado infrecuente o ausente (Tabla II).

Sangrado infrecuente o ausente

En la adolescencia las menstruaciones infrecuentes o ausentes suelen ser en la mayoría de los casos debidas a causas funcionales, agravadas por estados de estrés, trastornos de la alimentación o ejercicio físico intenso

Se define la amenorrea como ausencia de hemorragia menstrual. Atendiendo al momento de su presentación la amenorrea se clasifica en primaria o secundaria.

La amenorrea primaria es la ausencia de menarquia a los 16 años, independientemente de la existencia o no de retraso de crecimiento o de caracteres sexuales secundarios. También se considera amenorrea primaria la ausencia de menarquia a los 14 años, con retraso de crecimiento o ausencia de desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, o más de dos años de inicio de los caracteres sexuales secundarios. Tiene una incidencia de un 0,1%. Un 60% son debidas a anomalías genéticas que afectan al desarrollo genital mientras que el 40% restante se deben a trastornos endocrinológicos.

La amenorrea secundaria es la ausencia de regla durante 3 meses en una adolescente que ya ha tenido menstruaciones.

La diferenciación entre amenorrea primaria y secundaria no implica distinción etiológica ya que muchas de las causas son comunes y según el momento de aparición darán lugar a una u otra. La amenorrea secundaria es mucho más frecuente que la primaria.

Las causas más frecuentes de disminución o ausencia de sangrado en la adolescente son las alteraciones del peso tanto por exceso como por defecto, el estrés, el ejercicio físico intenso, el síndrome de ovario poliquístico (SOP). En las Tablas IV y V se observan las causas de amenorrea primaria y secundaria.

Las pruebas complementarias más utilizadas en el estudio del sangrado infrecuente son la ecografía ginecológica y la analítica hormonal (Tabla III).

Las adolescentes que presenten hirsutismo, acné moderado o severo y ciclos menstruales infrecuentes deberían ser evaluadas para descartar trastornos endocrinológicos

Según el diagnóstico de la causa del sangrado infrecuente o ausente variará la actitud terapéutica. En las causas funcionales se podrá recomendar una dieta adecuada, disminución o aumento del ejercicio, psicoterapia. En ocasiones se indicará tratamiento hormonal para restablecer los ciclos, que será anticonceptivo o no en función de las necesidades de la paciente, y con efecto antiandrogénico en los casos en que sea preciso. En el hiperandrogenismo pueden ser de ayuda las técnicas cosméticas para disminuir el vello. Si hay resistencia a la insulina pueden ser de ayuda los fármacos insulinosensibilizantes. Cuando hay impuberismo se deberá inducir la pubertad de manera artificial. En el fallo ovárico se deberá indicar una terapia hormonal substitutiva de reemplazo de larga duración. En los casos de patología orgánica el tratamiento será específico y se derivará al especialista si es necesario.

Sangrado excesivo

En las adolescentes con sangrado excesivo (SE) hay que valorar inicialmente si hay alteración hemodinámica que afecte el estado general o requiera transfusión. Hay que descartar la presencia de anemia ferropénica y trastornos de la coagulación.

El sangrado excesivo en las adolescentes es de causa funcional en la mayoría de los casos⁽²⁰⁾. Entre un 10 y un 20% de los SE tienen una causa orgánica y la mayoría son secundarios a alteraciones de la hemostasia. Normalmente se trata de alteraciones en los factores de coagulación, el más frecuente el de la enfermedad de Von Willebrand o también las alteraciones plaquetarias. Las otras causas orgánicas son raras. El diagnóstico diferencial se ha de realizar entre las patologías del embarazo (embarazo ectópico, aborto), patologías endocrinas, infecciosas (cervicitis, enfermedad inflamatoria pélvica), patología del tracto genital (pólipo, mioma, endometriosis), fármacos (anticonceptivos hormonales, antipsicóticos, anticoagulantes) y traumatismos.

Para el diagnóstico se utilizan la ecografía ginecológica, el hemograma con pruebas de coagulación, el test de embarazo si la paciente es sexualmente activa, y los estudios para determinar patología infecciosa en caso de sospecha de la misma (Tabla II).

Los objetivos del tratamiento del SE son establecer o mantener la estabilidad hemodinámica, corregir la anemia aguda o crónica, recuperar un patrón menstrual normal, la prevención de recurrencias y finalmente la prevención de las consecuencias a largo plazo de la anovulación.

En los casos leves de SE sin alteración del estado general se puede optar por control evolutivo con o sin ferroterapia. En casos moderados, además puede ser útil la terapia no hormonal con antiinflamatorios no esteroideos, o antifibrinolíticos. En caso de precisar terapéutica hormonal se elegirán progestágenos o estroprogestágenos (anticonceptivos o no según las necesidades de la joven). En los casos severos puede requerirse también hospitalización y transfusión sanguínea⁽²¹⁾.

Dismenorrea

La dismenorrea es el problema ginecológico más frecuente entre las adolescentes y adultas jóvenes. Generalmente es de causa funcional o primaria, y asociada a ciclos ovulatorios normales sin patología pélvica causante. En un estudio realizado en 1628 adolescentes de Barcelona de 14 a 19 años⁽²²⁾, se observó un 81% de dismenorrea, que aumentaba con la edad de forma significativa (pasaba de un 68% a los 14 años a un 92% a los 19). La dismenorrea fue severa (con limitación de las actividades diarias) en un 9% de jóvenes.

La dismenorrea es menos frecuente en los primeros años después de la menarquia, volviéndose más frecuente cuando los ciclos son ovulatorios.

Sus síntomas más frecuentes son: dolor abdominal, dolor de piernas, dolor de espalda, náuseas, vómitos, pérdida de apetito, cefalea, mareo, diarrea, irritabilidad y nerviosismo.

El diagnóstico diferencial de la dismenorrea funcional debe realizarse con la endometriosis, los quistes ováricos, la enfermedad inflamatoria pélvica, las malformaciones útero-vaginales, los tumores uterinos benignos (pólipo, mioma) y la presencia de dispositivo intrauterino de cobre. La ecografía ginecológica sirve de apoyo para el diagnóstico diferencial.

La dismenorrea se clasifica en función de la interferencia del dolor en la actividad diaria de la adolescente:

- dismenorrea leve: no interfiere en las actividades habituales
- dismenorrea moderada: interfiere en algunas actividades habituales (por ejemplo el deporte)
- dismenorrea severa: interfiere en todas las actividades (actividad escolar)

El tratamiento de la dismenorrea no debida a causas orgánicas puede ser no farmacológico: ejercicio, reposo, calor local, dieta baja en grasas, suplementación dietética con ácidos grasos omega3, acupuntura. Los antiinflamatorios no esteroideos son el tratamiento de elección de la dismenorrea moderada, teniendo en cuenta siempre sus contraindicaciones. En los casos de dismenorrea severa que no responde a la medicación habitual, se pueden indicar además de la analgesia, anticonceptivos hormonales combinados o con solo progesterona. En casos refractarios se podría utilizar la anticoncepción oral combinada en terapia continuada (sin descansos) para conseguir amenorrea. Si se detecta patología orgánica se instaurará el tratamiento específico de cada caso.

En la mayoría de las jóvenes el sangrado menstrual excesivo es de causa funcional, debido a la inmadurez relativa del eje hipotálamo-hipófisis-ovario y a la elevada frecuencia de ciclos anovulatorios

La dismenorrea es el problema ginecológico más frecuente entre las adolescentes. Generalmente es de causa funcional o primaria, y asociada a ciclos ovulatorios normales sin patología pélvica causante

Tablas y figuras

Tabla I. Anamnesis

Antecedentes familiares
<ol style="list-style-type: none">1. Enfermedades hereditarias, alteraciones de la coagulación, tromboembolias2. Talla y tipo constitucional de los padres y hermanos3. Edad menarquia madre y hermanas4. Edad menopausia madre5. Tipo menstrual madre y hermanas6. Problemas ginecológicos madre y hermanas
Datos generales
<ol style="list-style-type: none">1. Filiación2. Motivo de la consulta y posibles desencadenantes del trastorno3. Alimentación4. Cambios de peso5. Medicaciones y drogas (tabaco, alcohol, drogas ilegales)6. Deporte e intensidad con la que se realiza7. Situación escolar8. Estado psicológico9. Aché, hirsutismo, secreción mamaria, olfacción
Antecedentes personales generales
<ol style="list-style-type: none">1. Enfermedades generales2. Cirugía3. Alergias4. Medicaciones5. Vacunaciones: rubeola, varicela, hepatitis B, VPH (tipo, dosis y fecha)6. Grupo sanguíneo y Rh
Pubertad
<ol style="list-style-type: none">1. Crecimiento y desarrollo2. Cronología desarrollo puberal
Características menstruales
<ol style="list-style-type: none">1. Edad menarquia2. Cantidad menstruación3. Duración menstruación4. Duración ciclos5. Apósitos utilizados6. Fecha última menstruación7. Dismenorrea
Antecedentes ginecológicos
<ol style="list-style-type: none">1. Relaciones sexuales2. Edad inicio3. Número parejas sexuales4. Anticoncepción y frecuencia utilización5. Utilización preservativo6. Embarazos7. Antecedentes de agresión o abuso sexual

Tabla II. Indicaciones de las exploraciones complementarias

Exploración	Indicaciones
Ecografía ginecológica	Pubertad precoz Retraso puberal Alteraciones menstruales Masas pélvicas Dolor abdominal / pélvico Hirsutismo Trastornos de la diferenciación sexual Malformaciones genitales Sangrado genital prepuberal Sospecha de cuerpo extraño intravaginal
Ecografía mamaria	Nódulos mamarios Mastitis o infecciones localizadas Secreciones del pezón
Análisis de sangre o hormonal	
<ul style="list-style-type: none"> Hemograma, pruebas de coagulación, ferritina, sideremia, transferrina, índice de saturación de transferrina, grupo sanguíneo y Rh, TSH, T4L 	Sangrado excesivo
<ul style="list-style-type: none"> FSH, LH, estradiol, progesterona, PRL, Beta-HCG, TSH, T4L 	Sangrado infrecuente o ausente
<ul style="list-style-type: none"> FSH, LH, estradiol, progesterona, PRL, Beta-HCG, TSH, T4L, testosterona, 17OH- progesterona, delta-4androstendiona, SDHEA IAL, SHBG, glucemia, insulina 	Hirsutismo, hiperandrogenismo
<ul style="list-style-type: none"> Test LH-Rh 	Pubertad precoz
<ul style="list-style-type: none"> Marcadores tumorales 	Tumores ováricos
Microbiología	
<ul style="list-style-type: none"> Cultivo general Cultivo Thayer-Martin Cultivo Mycoplasma, ureaplasma PCR Chlamydia Serología hepatitis, lúes, VIH 	Vulvovaginitis Enfermedad inflamatoria pélvica Agresión sexual
Edad ósea	Trastornos de crecimiento Problemas endocrinológicos
RM, TC craneal	Sospecha tumores intracraneales
Cariotipo y estudios genéticos	Amenorrea primaria Alteraciones de la diferenciación sexual Malformaciones genitales
RM pélvica	Malformaciones genitales Endometriosis Estudio de dolor y masas pélvicas
Exploración bajo anestesia Laparoscopia	Alteraciones de la diferenciación sexual Malformaciones genitales
Anatomía patológica	Tumores

Tabla III. Ecografía ginecológica

Hallazgos ecografía ginecológica	Prepuberal	Postpuberal
Tamaño uterino	<=3,5 cm	>3,5 cm
Relación cuerpo/cuello	<1	>1
Línea cavitaria	ausente	presente
Tamaño ovárico	<3 cm	>3 cm
Folículos ováricos	ausentes	presentes

Tabla IV. Causas de amenorrea primaria

Causas uterinas	<ul style="list-style-type: none"> — Agenesia Müllleriana (S. de Rokitansky) — Himen imperforado — S. de Morris o feminización testicular
Causas ováricas	<ul style="list-style-type: none"> — Síndrome del ovario poliquístico (SOP) — Fallo ovárico prematuro (S. de Turner, disgenesia gonadal)
Causas hipotálamo /hipofisarias (hipogonadismo hipogonadotropo)	<ul style="list-style-type: none"> — Pérdida de peso — Ejercicio intenso — Retraso constitucional — Hiperprolactinemia — Hipopituitarismo — Craneofaringioma, glioma, germinoma, quistes dermoides — Radioterapia holocraneal, cirugía craneal
Causas sistémicas	<ul style="list-style-type: none"> — Enfermedades crónicas de larga evolución (diabetes mellitus, cardiopatías, enfermedades intestinales inflamatorias) — Alteraciones endocrinas (patología tiroidea, S. de Cushing)

Tabla V. Causas de amenorrea secundaria

Causas uterinas	<ul style="list-style-type: none"> — Embarazo — S.de Asherman, estenosis cervical — Tuberculosis genital, endometritis
Causas ováricas	<ul style="list-style-type: none"> — SOP — Fallo ovárico prematuro (causa genética, autoinmune, infecciosa, radioterapia, quimioterapia)
Causas hipotalámicas	<ul style="list-style-type: none"> — Pérdida de peso, ejercicio, estrés, anorexia nerviosa, idiopática
Causas hipofisarias	<ul style="list-style-type: none"> — Hiperprolactinemia — Hipopituitarismo — S. de Sheehan — Craneofaringiomas — RT holocraneal — Lesiones craneales — Sarcoidosis, tuberculosis
Causas sistémicas	<ul style="list-style-type: none"> — Diabetes, lupus eritematoso sistémico — Trastornos endocrinos (S. de Cushing, patología tiroidea)
Drogas y fármacos	<ul style="list-style-type: none"> — Cocaína y opiáceos — Fármacos psicotrópicos — Progesterona, análogos GnRh

Bibliografía

1. Ros R. Aspectos ginecológicos en la adolescente. *Exploración ginecológica*. En: Castellano G et al. *Medicina de la adolescencia*. Madrid: Ergon, 2004; 37-41. (*)
2. Shafii T, Burstein GR. The adolescent sexual health visit. *Obstet Gynecol. Clin N Am*. 2009;36;99-117. (*)
3. Parera N, Surís JC, Martínez F. Exploració ginecològica de l'adolescent. *Pediatría Catalana* 2002; 62 (3): 138-141
4. Parera N. Entrevista y exploración ginecológica en niñas y adolescentes. Pruebas complementarias. En: *Guía de atención ginecológica en la Infancia y adolescencia*. SEGO 2013. P. 15-24.
5. Tanner JM. *Growth at adolescence*. 2ª ed. Oxford: Blackwell, 1962.
6. Parera N, de Álvarez M, Calaf J, Ros R, Cornella J. Manifestaciones clínicas de la pubertad en el varón y la mujer. En: *Manual de Salud Reproductiva en la Adolescencia*. Zaragoza: Wyeth Lederle, Sociedad Española de Contracepción 2001: 101-149. (*)
7. Rey-Stocker I. Pricípès généraux d'examen gynécologique. En: Salomon Y, Thibaud E, Rappaport R. *Gynécologie médico-chirurgicale de l'enfant et de l'adolescente*. Paris: Doin, 1992; 63-75.
8. Thibaud E, Duflos-Cohade C. Examen gynécologique (et échographie pelvienne): spécificité chez l'enfant et l'adolescente. En: Sultan Ch editor. *La puberté féminine et ses desordres. Proceedings of the 2ème Colloque Européen de Gynécologie de l'Enfance et de l'Adolescence*; 1998 Dec 17-18; Montpellier, France.
9. Pokorny S. Genital examination of prepubertal and peripubertal females. En: Sanfilippo JS et al. *Pediatric and Adolescent Gynecology*. Philadelphia: Saunders; 1994. P. 170-86.
10. Thibaud E. Gynecologic clinical examination of the child and adolescent. En: Sultan C (ed): *Pediatric and adolescent gynecology. Evidence-based clinical practice*. Endocr Dev. Basel, Karger, 2004, vol 7, 1-8.
11. Hewitt G. Examining pediatric and adolescent gynecology patients. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2003; 16: 257-258.
12. André C, Kalifa G. Ecografía pélvica en la niña. En: Ardaens Y, Guérin B, Coquel Ph. *Ecografía en la práctica ginecológica*. Barcelona: Masson, S. A.; 1996. p. 55-77.
13. Greulich WW, Pyle SI. *Radiographic atlas of skeletal development of the hand and wrist*. 2ª ed. Stanford: Stanford University Press, 1959.
14. Parera N, Penella J, Carrera JM. Menarquia, avance secular y datos antropométricos. *Prog Obstet Ginecol* 1997; 40 (1): 30-37.
15. Ferrández A, Baguer L, Labarta JI, Labena C, Mayayo E, Puga B, Rueda C, Ruiz-Echarri M. 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. (*)
16. American Academy of Pediatrics. Menstruation in girls and adolescents: using the menstrual cycle as a vital sign. *Obstet Gynecol* 2006; 118: 2245-2250. (*)
17. ACOG Committee Opinion. Menstruation in girls and adolescents: using the menstrual cycle as a vital sign. *Obstet Gynecol* 2006; 108 (5): 1323-1328. (*)
18. Adams P. Menstruation in adolescents: what's normal? *Medscape J Med* 2008; 10 (12): 295. (*)
19. Rodríguez MJ, Curell N. El ciclo menstrual y sus alteraciones. *Pediatr Integral* 2017;XXI(5):304-11.
20. Colomé C, Parera N, Fernández R, Rodríguez I, Cusidó M Estudio retrospectivo de la hemorragia uterina excesiva en la adolescencia. *Progr Obstet Ginecol* 2013; 56(4):195-9.
21. Benjamins L. Practice Guideline: Evaluation and Management of Abnormal Vaginal Bleeding in Adolescents. *J Pediatr Health Care* ,2009, 23, 189-193.
22. Parera N, Surís JC. Edad de la menarquia y problemas menstruales en adolescentes de Barcelona. *Prog Obstet Ginecol* 1994; 37 (9): 551-6.

(*) Artículos recomendados

PREGUNTAS TIPO TEST

1. Respecto a la exploración ginecológica de la adolescente:

- a) No se debe realizar exploración intravaginal si no es imprescindible.
- b) Los espéculos pediátricos son de elección en muchos casos.
- c) Se debe evitar la ecografía transrectal, si es posible.
- d) Todas son falsas.
- e) Todas son ciertas.

2. Se considera el ciclo menstrual como:

- a) Un signo vital, casi tan importante como el pulso, la respiración o la presión arterial.
- b) Un signo vital, tan importante como el pulso, la respiración o la presión arterial.
- c) Una característica más de la mujer en su etapa reproductiva.
- d) Una demostración de condición de salud en la mujer.
- e) A y d son correctas.

3. Respecto a los ciclos menstruales en las adolescentes:

- a) Su principal característica es la variabilidad.
- b) Es muy frecuente que las adolescentes sufran dismenorrea severa.
- c) Casi todas las adolescentes apuntan en un calendario las fechas de sus reglas.
- d) El ciclo menstrual se calcula contando desde el último día de la regla al primer día de la regla siguiente.
- e) No hay que preocuparse por sus irregularidades.

4. El sangrado menstrual infrecuente:

- a) Nunca puede ser causado por un embarazo en la adolescencia.
- b) No debe preocuparnos en una adolescente con bajo peso.
- c) En la adolescencia suele ser de causa funcional.
- d) No está influido por la práctica de deporte de élite.
- e) Siempre es de etiología psicológica en la adolescencia.

5. El sangrado menstrual excesivo en las jóvenes:

- a) No es preocupante si la paciente está hemodinámicamente estable.
- b) Suele ser causa de absentismo escolar.
- c) Si tiene un componente hereditario no es necesario que sea valorado.
- d) En la mayoría de los casos es de causa funcional en la adolescencia.
- e) En los primeros años de vida menstrual, no es necesario analizar si la joven presenta anemia.

Respuestas en la página 80.e3

@Anticoncepción en la adolescencia

R. Quintana Pantaleón. Hospital Sierrallana. Servicio Cántabro de Salud. FEA Obstetricia y Ginecología.

Adolescere 2018; VI (2): 38-47

© Disponible en: <https://www.adolescenciasema.org/talleres-simultaneos-anticoncepcion-en-la-adolescencia-r-quintana-adolescere-2018-vi-2-38-47/>