

# Atención ginecológica en la adolescencia

José Luis Bartha Rasero

Profesor Titular de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz

### CONSIDERACIONES GENERALES

La visita de la adolescente al ginecólogo sigue siendo hoy día un tema “tabú” que genera ansiedad en la paciente, los familiares e incluso en el propio médico al que se consulta. Esto hace que frecuentemente esta visita se posponga y al final tenga lugar en el ámbito de la consulta de urgencias cuando la sintomatología se ha hecho ya tan importante que la visita al ginecólogo se impone como una prioridad sobre todas las barreras.

Esta situación se produce cuando la realidad es que en los EEUU a los 17 años aproximadamente el 50% de los adolescentes han tenido relaciones sexuales y alrededor de un 20% a los 15 años ha tenido ya alguna relación completa. Probablemente la situación no es muy diferente en nuestro país.

Teniendo en cuenta estos hechos se ha planteado si la adolescente debería realizar su primera visita para abordar temas ginecológicos entre los 13 y los 16 años basándola principalmente en términos de asesoramiento en medicina primaria y de salud más que para acceder a un examen ginecológico habitual. Esta visita sería el momento de plantear y resolver las dudas en un clima de confidencialidad acompañada o no de sus padres y podría plantearse ser realizada al médico de familia, al ginecólogo o al pediatra. Probablemente cualquiera de estos profesionales puede dar información sobre cuidados de salud, educación sexual, anticoncepción y reducir miedos tan simples como la forma de colocarse un tampón o como realizar un autoexamen de sus genitales. De la misma forma cualquiera de ellos puede asesorar si la pubertad está retrasada o adelantada y de si la menarquía está ausente o presente. Es también un buen momento para aclarar dudas acerca de hábitos y hacer recomendaciones de mejora de la salud: tóxicos, drogas, deportes, alimentación, etc.

De todas formas la realidad es que estamos aún lejos de esta situación y en la actualidad la adolescente suele consultar cuando aparece algún síntoma que ella, la familia o algún profesional de la salud achaca a un tras-

torno de posible causa ginecológica. Los temas más importantes que suelen motivar las consultas al margen del embarazo o la contracepción son el dolor menstrual o abdominal, las irregularidades menstruales, las anomalías del desarrollo puberal y las infecciones genitales y son tratados más adelante.

En general, la consulta ginecológica de la adolescente no es un escenario fácil para la chica, la familia o el médico. Muchas veces las vías de comunicación y de entendimiento no son fáciles. El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) ha diseñado un panfleto titulado “Tool Kit for Teen Care” que incluye desde tarjetas para ser colocadas en las salas de espera de los consultorios para atraer al paciente adolescente, claves para crear una buena atmósfera en la consulta, herramientas para trabajar con adolescentes como estadios puberales, cálculo del IMC y de la tensión arterial propios para adolescentes y no de adultos, esquemas, etc, un esquema de historia clínica para adolescentes que facilita la comunicación, material educacional para mostrarlo a las adolescentes y a los padres, protocolos para los escenarios más frecuentes, etc.

Uno de los principales problemas en Ginecología de la Adolescencia es el tema de la confidencialidad y la intimidad cuando la paciente acude acompañada de un familiar, habitualmente la madre. Es bueno establecer desde el principio que en estos casos se debería tener una charla con los padres solos, otra con la chica sola y otra con los dos y el examen pélvico hacerlo con la chica sola a menos que ella expresamente pida que la madre la acompañe. El kit diseñado por el ACOG propone también para un cuestionario a la adolescente antes de hablar con el médico sobre sus principales áreas de preocupación.

En general, en Ginecología de la Adolescencia se hace patente la necesidad de un equipo multidisciplinario en el que tienen cabida el Pediatra, el Ginecólogo, el Psicólogo (la mayoría de los factores de riesgo de los adolescentes son conductuales más que médicos), el

Médico de Familia y el personal de Enfermería. El equipo médico que atiende los problemas ginecológicos de las adolescentes puede ser compuesto por hombres o mujeres pero parece esencial que en el equipo se incluya una ginecóloga que sea capaz de abordar a la adolescente y al examen pélvico en condiciones desfavorables en los que la chica manifiesta su desaprobación manifiesta a ser explorada por una persona del otro sexo.

En este punto habría que hacer hincapié en la falta de necesidad del examen físico sistemático que todavía muchos ginecólogos/as se empeñan en realizar. La utilización de ultrasonidos hoy día permite evitar un buen número de exploraciones innecesarias.

El examen pélvico debería quedar relegado a situaciones en las que claramente se sospeche una patología orgánica tales como sospecha de anomalías mullerianas, tumores pélvicos o dolor pélvico importante. De todas formas si el examen es necesario deberían ser tenidas en cuenta una serie de consideraciones especiales. Por ejemplo puede ser bueno tener espéculos de diferentes tamaños e incluso mostrarlos a la chica y que pueda tocarlos para que vea que su introducción no tiene que ser más molesta que la de un simple tampón.

A nivel de centros de referencia las unidades de ginecología pediátrica debería contar con la participación al menos a tiempo parcial de representantes de medicina genitourinaria, endocrinología pediátrica, embarazo y aborto en la adolescencia, expertos endocrinos en amenorrea primaria y expertos cirujano en anomalías congénitas incluyendo cirugía reconstructora lo que requiere especialistas de centros terciarios con una gran experiencia basada en una carga de trabajo importante para resolver estos problemas de cuya correcta solución dependerá el resto de la vida de estas personas.

### Áreas de atención

Las áreas de atención más importantes y sus relaciones con otras especialidades son:

*Crecimiento y Pubertad.* En relación directa con la endocrinología pediátrica y la endocrinología del adulto. Esta área tiene un mayor peso específico en estas especialidades pero el ginecólogo debe formar parte del equipo multidisciplinar que asesore estos problemas. En muchas ocasiones se encontrarán casos de anomalías congénitas. Es totalmente inapropiado tratar este tipo de pacientes a nivel de pequeños hospitales por la necesidad de equipos multidisciplinarios complejos y de suficiente experiencia. Se necesitarían 2 ó 3 centros de referencia nacional.

*Desordenes menstruales.* La mayoría pueden o deberían resolverse en el setting de atención primaria pero

en muchos casos deben remitirse a la consulta más especializada sobre todo aquellos casos de menorragia que cursan con anemia. Otro desorden importante, la amenorrea primaria, debería implicar a endocrinólogos pediátricos y del adulto, ginecólogos, genetistas y psicólogos.

*Embarazo en adolescencia.* Puede y debe estudiarse en atención primaria pero es considerado en muchos casos de alto riesgo por lo que muchos serán remitidos a los centros de referencia sobre todo aquellos que se producen en las edades más jóvenes (menores de 16 años). La unidad de ginecología del adolescente debe estar preparada para evaluar los casos en los que el ILE puede estar indicado.

*Contracepción.* Íntimamente ligado al aspecto anterior. En Inglaterra un cuarto de las mujeres y un tercio de los hombres tienen la sexarquia antes de los 16 años. Pero la tasa de contracepción es menor a menor edad. P.ej. alrededor del 22% de las chicas de entre 13 y 14 años que tienen relaciones no utiliza anticoncepción alguna. Esto depende mucho de la educación personal y no tanto de la colectiva. P.ej. Holanda tiene un 15% de embarazo de adolescentes respecto a lo que tiene el Reino Unido. La diferencia parece estar no tanto en las escuelas donde los dos países contemplan la educación sexual sino en las casas y mientras que en Holanda el 78% de los adolescentes aprenden contracepción de los padres frente al 15% en el Reino Unido. Otro aspecto importante a considerar es el de la píldora del día siguiente.

*Infecciones y ETS.* Deben ser evaluadas en combinación con atención primaria y clínicas genitourinarias. Debe contemplar medidas preventivas también de HIV infección.

### Temas frecuentes de consulta

#### *Dolor abdominal*

Es una de las causas más frecuentes de consulta de los adolescentes no sólo a la consulta de Obstetricia y Ginecología sino también las de Medicina de Familia o de Pediatría o a las Urgencias Hospitalarias. Puede deberse a causas orgánicas y funcionales o psicósomáticas.

El diagnóstico diferencial incluye trastornos gastrointestinales entre los que el estreñimiento ocupa un lugar importante, aunque otras causas como la enfermedad inflamatoria intestinal, la úlcera péptica o incluso la intolerancia a la lactosa deben ser valoradas. En otras ocasiones se trata de la llamada enfermedad funcional gastrointestinal tipo colon irritable. Otras causas de dolor abdominal no ginecológico incluyen a las urogenitales

tales como la litiasis renal y las musculoesqueléticas entre otras.

Las causas ginecológicas pueden dividirse en cíclicas y no cíclicas. Entre las primeras destaca la dismenorrea primaria, la endometriosis y las anomalías congénitas müllerianas del aparato genital si bien estas dos últimas pueden a veces ser causa de dolor continuo. La dismenorrea primaria suele aparecer entre 6 y 12 meses tras la menarquia cuando se establecen los ciclos ovulatorios. Los síntomas suelen ser más importantes el día previo y los dos primeros días de menstruación. El origen no ha podido ser claramente establecido si bien se relaciona con un nivel elevado de prostaglandinas, leucotrienos y vasopresina. De entre los fármacos anti prostaglandínicos utilizados para esta situación el de elección parece ser el ibuprofeno por sus perfiles de eficacia y seguridad.

También es típico en la adolescencia el dolor periovulatorio que puede llegar a ser percibido como muy intenso y ser causa de consulta en los servicios de Urgencias. Entre las causas de dolor continuo aparte de las mencionadas destaca la aparición de quistes ováricos funcionales u orgánicos, accidentados o no y la enfermedad pélvica inflamatoria.

En muchas ocasiones no se encuentra una causa orgánica del dolor y entonces puede ser calificado como un dolor "funcional" o psicosomático. Entre las características diferenciales de este tipo de dolor podemos resaltar su localización periumbilical o difusa, su exacerbación en las situaciones de stress o problemas escolares, síntomas multiorgánicos, síntomas de depresión o ansiedad concomitantes y una evaluación normal de las pruebas complementarias de laboratorio. No hay que olvidar que el dolor de tipo "funcional" puede asociarse a problemas serios como el abuso sexual. El manejo de estos casos puede requerir el concurso de otros profesionales y el adecuado manejo psicológico así como la correcta reinserción social de la adolescente.

### Desarrollo puberal

Los desórdenes del desarrollo puberal pueden clasificarse en dos fundamentalmente: la pubertad precoz y la pubertad retrasada.

La pubertad precoz ocurre cuando esta tiene lugar menos de 2 DE para la media de edad en su grupo poblacional (habitualmente menos de 8 años en las niñas). Como la definición es estadística, algunos casos de pubertad precoz no serán debidos a causas patológicas aunque estas deban ser investigadas y descartadas. Existen diferentes entidades que pueden estudiarse dentro de este epígrafe y que se pueden clasificar en función de la dependencia o no del cuadro de una estimulación gonadotrófica. Entre las entidades dependientes de la gonadotropinas destacamos la pubertad precoz idiomática, lesiones intracraneales, tumores secretores de

gonadotropinas e hipotiroidismo. Entre las entidades independientes de las gonadotropinas la hiperplasia adrenal congénita de comienzo tardío, la enfermedad de Cushing, tumores secretores de esteroides sexuales, el síndrome de McCune Albright o la ingestión de estrógenos exógenos. Existen dos variantes de la pubertad precoz que son la telarquia prematura que no necesita tratamiento o la adrenarquia prematura. En general la pubertad precoz requiere una pronta investigación y en su caso tratamiento para evitar la estatura corta debida al cierre prematuro de las metafisis cartilaginosas.

Al otro extremo se encuentra la pubertad retrasada que por definición sería aquella que se presenta por encima de la 2 DE para su grupo poblacional (habitualmente 14 años en las niñas). De la misma forma existe una variedad constitucional aunque en este caso puede deberse también a enfermedades generales como la malnutrición, la delgadez extrema, la malabsorción u otras enfermedades crónicas. Las causas pueden clasificarse entre aquellas con gonadotropinas elevadas tales como las disgenesias gonadales, síndromes poliglandulares autoinmunes o efectos de los tratamientos oncológicos, y aquellas con gonadotropinas disminuidas como el hipogonadotropismo congénito, lesiones hipotalámicas o hipofisarias, hemocromatosis y otras causas. Hay que tener en cuenta que una de las causas más frecuentes es el fallo ovárico primario habitualmente debido a disgenesia gonadal y que en algunas series hasta la mitad de las chicas con pubertad retrasada presentan anomalías cromosómicas. En el fallo ovárico primario el tratamiento sustitutivo con estrógenos y progesterona ayuda a inducir el crecimiento puberal y a adquirir los caracteres sexuales secundarios.

### Anomalías menstruales

Pueden ser por exceso o por defecto.

La menorragia puede preocupar en exceso a la adolescente y a sus familiares y es una causa frecuente de consulta. En la mayoría de los casos no va a ser debida a un trastorno orgánico sino a un trastorno anovulatorio más o menos persistente que conduce a unos niveles elevados de estrógenos sin oposición de la progesterona lo que puede llegar a causar una hiperplasia endometrial y por tanto esta situación debería ser tratada idealmente antes de que aparezca. En general si el sangrado no ha sido excesivo y la cifra de hemoglobina es superior a 12 g/dL debe informarse a la paciente y a la familia, tranquilizar y prescribir suplementos de hierro. Si la cifra de Hb se encuentra entre 10 y 12 g/dL se debe prescribir además tratamiento con progestágenos o anticonceptivos hormonales. Si el sangrado ha sido intenso con cifras de hemoglobina inferiores a 10 g/dL el manejo debe ser similar pero si la paciente acude en el episodio agudo además de la correcta valoración de

la causa debe plantearse la hemostasia hormonal de urgencias o incluso el legrado.

Otras causas de sangrado excesivo deben ser descartadas comenzando por los sangrados del embarazo, tumores ginecológicos, traumatismos, infecciones, cuerpos extraños, causas sistémicas sobre todo trastornos de coagulación u otras enfermedades sistémicas y toma exógena de hormonas.

La amenorrea puede ser causada por las causas que se han comentado en la pubertad retrasada, concretamente aquellas debidas a un fallo ovárico precoz aunque otros trastornos pueden estar presentes. En este sentido es importante descartar la presencia de otras anomalías congénitas tales como el himen imperforado, la agenesia de útero (con o sin agenesia de vagina) y el síndrome de resistencia a los andrógenos (feminización testicular).

Otras causas de amenorrea primaria incluyen la hiperprolactinemia, otras causas no congénitas de hipogonadismo hipogonadotrópico, el síndrome de ovario poliquístico (que suele ser casi siempre causa de amenorrea secundaria más que primaria), la disfunción tiroidea y tumores.

Existen varios esquemas de investigación de la amenorrea primaria pero la mayoría se inician con una determinación de FSH y una ecografía ginecológica. Si el útero está presente y la FSH elevada se indica un cariotipo que busca la disgenesia gonadal. Si el cariotipo es normal hay que descartar un déficit de 17 hidroxilasa o de 17-20 desmolasa u otras causas de fallo ovárico. La determinación de progesterona en plasma y de 17 hidroxiprogesterona y cortisol ayudan a estos diagnósticos. Si la FSH está normal o disminuida y el sentido del olfato es normal (no hay anosmia típica del hipogonadismo hipogonadotrópico congénito o síndrome de Kallman) entonces se trata de un fallo hipotalámico o hipofisario de otra naturaleza que habrá que investigar.

La amenorrea secundaria se define como la pérdida de las menstruaciones por más de 3-6 meses en una mujer que menstruaba regularmente. Tras descartar el embarazo, las causas más frecuentes son el hipogonadismo hipotalámico muy frecuentemente asociado a trastornos de nutrición tales como un mayor o menor grado de anorexia nerviosa y a periodos de stress, la hiperprolactinemia y el síndrome de ovario poliquístico aunque en este caso suele haber más retrasos menstruales o baches cortos de amenorrea seguidos de periodos de menstruación más regular.

### **Infecciones y ETS**

Incluyen la gonorrea, la sífilis, las uretritis no gonocócicas, vulvovaginitis inespecíficas, herpes genitalis, enfermedad pélvica inflamatoria. Evidentemente el factor de riesgo más importante es el comportamiento

sexual y el número y promiscuidad de los compañeros sexuales. Si el compañero sexual es de alto riesgo por su promiscuidad el tratamiento antibiótico debería ser iniciado lo más precoz posible.

### **Sexualidad y Contracepción**

Las relaciones sexuales de la adolescente tienen algunas características diferenciales de las de la mujer adulta. Son más frecuentemente esporádicas y en muchas ocasiones relacionadas con el ocio del fin de semana y la percepción del riesgo de embarazo y de ETS es menor. Teniendo esto en cuenta en la información sobre los métodos anticonceptivos se debe hacer especial énfasis en los "beneficios" de los métodos evitando sobrecargar la información acerca de los efectos perjudiciales, evidentemente informando de los aspectos básicos acerca de los riesgos. La información también debe ser clara, escuchando en todo momento los temores que la agobian si queremos que el cumplimiento del método sea correcto. La elección del método no debe ser "dirigista" por parte del médico, profesional de la salud o educador si queremos que el método cumpla su función sino que debe ser el que la chica acepte y se adapte a sus intereses. Se pueden elegir métodos de barrera o anticonceptivos orales. En este último caso se prefieren los de dosis más bajas, sobre todo los llamados de tercera generación que contienen etinilestradiol y un gestágeno tipo gestodeno o desogestrel. Requieren la realización de la historia clínica previa y la anamnesis. La exploración y la analítica previa son aconsejables pero no deberían considerarse imprescindibles. Se pueden prescribir tras dos años de tener menstruaciones con regularidad.

En la actualidad ha aumentado el uso de la píldora post-coital que debería estar reservado para el coito no protegido, violación o mal uso de otros métodos. Se debe emplear antes de las 72 horas post-coito.

### **Embarazo**

Como se ha comentado cuando se produce en edades muy jóvenes (menores de 16 años debe ser considerado como de alto riesgo. Las complicaciones más frecuentes son la mayor tasa de hipertensión inducida por el embarazo incluyendo la preeclampsia, de parto pretérmino, crecimiento intrauterino retardado y morbilidad perinatal.

Aparte de las complicaciones médicas hay que tener en cuenta que la mayoría de estos embarazos son no deseados. Este hecho en sí mismo tiene como implicaciones el aumento en las tasas de interrupciones voluntarias del embarazo, la falta de cuidados prenatales sobre todo en el primer trimestre del embarazo en que el embarazo puede ser ocultado, la disrupción familiar

y personal que frecuentemente lo acompaña y las posibles consecuencias en términos de abandono o adopción. Estas gestantes necesitan un soporte especial para llevar a término su gestación.

### **BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA**

- Hertweck P. Tool kit for adolescents. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2004;17:199-203.
- Goldstein S. The routine use of ultrasound in the gynaecological visit. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 1996; 8:369-70.
- Edmonds DK. Vaginal and uterine anomalies in the paediatric and adolescent patient. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2001; 13:463-467.
- Hickey M, Balen A. Menstrual disorders in adolescence: investigation and Management. *Hum Reprod Update* 2003; 9:493-504.
- Edmonds DK. Pediatric and Adolescent Gynecology—The UK Experience *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2002; 15:265-270
- Clark LR. Will the pill make me sterile? Addressing reproductive health concerns and strategies to improve adherence to hormonal contraceptive regimens in adolescent girls. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2001;14:153-162
- Orvos H, Nyirati I, Hajdu J, Pal A, Nyari T, Kovacs L. Is adolescent pregnancy associated with adverse perinatal outcome? *J Perinat Med*. 1999;27:199-203.
- Pinto E, Silva JL. Pregnancy during adolescence: wanted vs. unwanted. *Int J Gynaecol Obstet*. 1998;63 Suppl 1:S151-6.
- Weinstein AJ. Sexually transmittable diseases and other genital infections during adolescence. *J Reprod Med* 1984;29:411-5.