
Trastornos ginecológicos de la adolescente. Orientación para el pediatra

P. Brañas Fernández

Jefa de la unidad de Adolescentes del Hospital del Niño Jesús.

Resumen

Los problemas ginecológicos son muy frecuentes en la adolescencia. Los pediatras comprometidos en la atención médica de esta edad, van a encontrar principalmente consultas sobre trastornos menstruales, mamarios o del desarrollo puberal y se necesita preparación para atender estas demandas no tan habituales en la práctica pediátrica diaria.

La paciente adolescente no es niña ni adulta, lo cual significa que se ha de ser más sensible ante sus preocupaciones, y tener deseo y habilidad para hablar de problemas íntimos.

Los pediatras que conocen a sus pacientes desde la infancia y mantienen una relación de seguridad y confianza, son los más adecuados para la atención ginecológica.

Se exponen los problemas más frecuentes y los puntos más relevantes de la consulta ginecológica.

Palabras clave: *Ginecología de la adolescente, Trastornos menstruales, Dismenorrea, Vulvovaginitis.*

Abstract

Gynecologic problems are common during adolescence. Pediatricians who wish to provide such care will find themselves dealing with female patient with menstrual and breast disorders or pubertal related problems and they need to be prepared to meet their demands.

Adolescent patient is not a child not an adult, and that means to change our practice to one more receptive, with the ability and willingness to discuss the various sensitive issues.

Pediatricians who have longstanding relationships with their patients, and who are admired and trusted, are ideal for providing this care.

The most common gynecologic complaints and the main guidelines for clinical practice are exposed.

Key words: *Adolescent gynecology, Menstrual disorders, Dysmenorrhoea, Vaginitis.*

Introducción

Durante la adolescencia se alcanza la función reproductora, a partir de la presentación de la menarquia y los ciclos

menstruales. También se inicia la actividad sexual, que no va acompañada de la madurez psicológica y emocional para tomar decisiones responsables que

eviten los riesgos a los que se ven expuestas.

En la atención a las adolescentes deben atenderse los problemas ginecológicos como parte habitual de la consulta. No deben ser extraños al pediatra, quien deberá hacer la primera valoración para el tratamiento adecuado o la derivación al especialista¹.

Los problemas que presentan las adolescentes son diferentes a los de las mujeres adultas, son más fáciles de diagnosticar y tratar, pero requieren procedimientos e instrumentos de exploración adaptados a la edad de la paciente. Además es muy importante el diagnóstico y tratamiento precoz, para preservar la función reproductora y la sexualidad.

La adolescente como paciente ginecológica también es diferente, se siente temerosa e insegura y es muy sensible al modo y la forma de trato por el médico. Para que la consulta sea beneficiosa y gratificante para la joven se han de tener en cuenta determinados aspectos en la planificación de la misma.

Características de la adolescente como paciente ginecológica

Tomar la decisión de acudir o no a la consulta no es una decisión fácil para la adolescente. Si se tiene en cuenta la in-

seguridad que acompaña al período de la adolescencia, se entiende que el sentimiento de tener que someterse a una exploración le impida consultar en las ocasiones deseadas.

En primer lugar, tiene dudas de encontrar a la persona adecuada, por experiencias previas o información recibida a través de las amigas. Con frecuencia no confían en el ginecólogo de su madre y sobre todo si son obligadas a consultar por algo que le importa a ésta, más que a ella misma. Los motivos de preocupación suelen ser diferentes para ambas.

La exploración física es vivida con gran ansiedad, por miedo al dolor, vergüenza, invasión de su propia intimidad o temor a ser descubierta alguna anomalía. Aumenta cuando el médico es del sexo contrario, sobre todo en las más jóvenes.

A menudo se muestra desconcertada, sin saber si puede o no hablar abiertamente de su propia sexualidad, sin ser malinterpretada o juzgada. Es muy receptiva a las explicaciones, durante la entrevista es un momento excelente para obtener información de sus opiniones, informar y responsabilizar.

Se deben cuidar los detalles con esmero, sobre todo en la primera visita, con el fin de conseguir una adecuada relación que garantice los futuros contactos. La forma de ser recibida es im-

portante, se ha de ofrecer un trato personalizado, afectivo, natural y sincero, indispensable para favorecer un clima de seguridad y confianza.

Hemos de tener en cuenta la persona acompañante. Cuando es la madre, observaremos la influencia que ejerce sobre la hija, positiva, facilitadora de la responsabilidad del propio cuerpo y la salud, o negativa y represora, de forma que la joven se cierra cada vez más en sí misma y nos dificulta la relación. La presencia del padre es infrecuente. La propia pareja suele acudir en casos de sospecha de embarazo o demanda de anti-concepción.

En todos los casos el médico deberá encontrar el momento para hacer salir al acompañante y realizar una anamnesis en privado.

Dificultades del médico con la paciente

No todos los ginecólogos se sienten cómodos con la paciente adolescente. Tampoco el pediatra, porque esta actividad no está en su formación ni en su trabajo de cada día, por tanto se tiende a no atender estos problemas o a derivarlos al especialista².

Las principales dificultades con las que se encuentra el pediatra para atender los problemas ginecológicos en las adolescentes, se describen en la Tabla I.

Para atender correctamente estos aspectos el médico debe tener presente tres condiciones imprescindibles:

1. Tiempo suficiente para obtener información. Debe permitir que la paciente se exprese con tranquilidad y conce-

Tabla I. *Dificultades del médico con la paciente ginecológica*

- Insuficiente experiencia
 - Incomodidad con la edad de la paciente
 - Hijas adolescentes
 - Sentimientos por contratransferencia
 - Prejuicios morales
 - Madres que no dejan a la hija expresarse
 - No permiten la entrevista a solas
 - Adolescente menor sin padres
-

der al problema la importancia que ella cree que tiene.

2. Paciencia, un estado de ánimo óptimo para transmitir comprensión y tranquilidad para no interferir en el relato, no intentar "ir al grano" o centrar la cuestión. La misma paciencia se ha de mostrar en el momento de la exploración, cuando no se encuentra la disposición y relajación adecuada para facilitar la misma.

3. Actuar con suavidad, evitar maniobras bruscas o dolorosas, que produzcan temor en sucesivas visitas.

Menarquía

El hecho más relevante que marca el comienzo de la vida ginecológica es la presentación de la menarquía. Es importante que el pediatra ofrezca información, para ampliar o modificar el conocimiento y corregir errores.

Es el suceso biológico más importante en la vida de la mujer, con repercusión psicológica, y en su autoafirmación. Precisa educación, para conseguir aceptar esta nueva situación con una actitud natural y positiva, que haga entender que la menstruación expresa sobre todo feminidad y no una sucesión de días indeseables.

El momento de la menarquía viene determinado por un peso crítico y una de-

terminada composición corporal. Precisa un porcentaje de peso en grasa por debajo del cual no se presenta, además de factores genéticos y ambientales. Marshall en 1969³, estableció la edad de la menarquía en la población inglesa a los 13,5 años. En 1969, en datos de población americana, se estimó que la media de edad de presentación estaba en 12,8 y últimamente Herman-Giddens en 1997⁴ muestra que dicha edad es de 12,9 años para la población caucásica americana y 12,2 para afroamericanos. El crecimiento y la maduración corporal se han acelerado en el presente siglo, debido sobre todo a factores nutricionales en edades tempranas.

Como norma orientativa la menarquía se produce dos años después del inicio del botón mamario, en el estadio IV de Tanner. El tiempo transcurrido desde el comienzo de la pubertad hasta la presentación de la menarquía es variable. Según Martí-Henneberg cuanto más temprano se inicia la pubertad, el tiempo de duración es más largo y cuanto más tardíamente, más corto⁵.

Es motivo de preocupación para la madre y la adolescente la talla final a partir del momento de la menarquía. Esta ocurre al final del estirón puberal, y como promedio pueden crecer todavía 6 cm^{6,4}.

Los ciclos postmenarquía son generalmente anovulatorios e irregulares, en cuanto a intensidad de hemorragia y duración, incluso hay períodos de amenorrea durante 1 o 2 años. La duración del ciclo normal es de 21 a 35 días, el promedio de 28 es raro. Es normal 3 a 7 días de manchado y pérdidas de 30-40 c.c en total. En la práctica valoramos como normal 3 a 6 unidades de protección por día.

Al presentarse la menarquía, las niñas pueden desarrollar actitudes positivas o negativas en relación con la preparación previa. Son muy necesarios los consejos sobre medidas higiénicas, como el uso de protección externa de forma habitual y en determinadas circunstancias pueden utilizar tampones.

Se debe favorecer y estimular la responsabilidad del control de los ciclos mediante el uso de calendarios. Calcular los días fértiles y valorar objetivamente la duración del sangrado, con ello se facilita la percepción personal de consultar si se observan anomalías.

Trastornos más frecuentes

Los problemas ginecológicos de las adolescentes, deben ser incluidos como práctica habitual en la atención de la adolescente. En esta época la patología orgánica es escasa, la mayoría son pro-

blemas banales, que preocupan mucho a las pacientes o a sus madres.

En las **niñas preadolescentes** podemos encontrar en la exploración de genitales externos eritema acompañado de secreciones de aspecto variable según la causa del flujo. Son *vulvovaginitis inespecíficas* frecuentes en la infancia, debe descartarse la existencia de cuerpos extraños. La presencia de *lesiones y anomalías* en la abertura del himen nos deben orientar sobre la posibilidad de abuso sexual, aunque no es fácil decidir por las amplias variaciones individuales. Las *sinequias de labios menores* suelen ser rebeldes al tratamiento y presentan alto índice de recidiva. Se deben abrir de forma cuidadosa utilizando cremas anestésicas tópicas para evitar el dolor y el rechazo posterior a dejarse explorar. El *himen imperforado* debe descubrirse lo antes posible, de ahí la importancia de incluir los genitales externos como una parte más en la exploración general de la niña.

Dismenorrea

Es el dolor asociado a la hemorragia menstrual y la causa más frecuente de dolor abdominal recidivante. Se presenta en una de cada seis adolescentes⁷, en los primeros años después de la menarquía y nunca va asociada a enfermedad

orgánica. Esta forma **primaria** es la más habitual.

En la dismenorrea secundaria existe un proceso orgánico responsable y la endometriosis es la causa principal en esta edad^{8,9}.

En la patogenia de la forma primaria interviene un exceso de producción de prostaglandinas endometriales², además de factores psicológicos, como menor umbral de percepción del dolor, rechazo al papel femenino, exceso de preocupación por las sensaciones corporales y/o influencias maternas de experiencias semejantes. Este aspecto emocional se debe tener muy presente en la orientación del tratamiento.

Después de la menarquia suele haber un tiempo, de uno a tres años, libre de síntomas, porque los ciclos menstruales son anovulatorios. La dismenorrea aparece únicamente en ciclos ovulatorios.

En la dismenorrea el dolor es agudo, de tipo cólico, localizado en región suprapúbica, lumbar o en ambas fosas ilíacas. Se inicia antes, a la vez o después del comienzo de la hemorragia, junto con otros síntomas como astenia, cefalea, náuseas o vómitos. En la mayoría de los casos los ciclos son regulares y se acompañan de síndrome premenstrual. Con frecuencia se encuentran antecedentes de conflictos familiares y /o ma-

dres sobreprotectoras que consideran las reglas como una enfermedad.

Según la intensidad de los síntomas la dismenorrea se clasifica en tres formas clínicas:

– **Leve:** malestar discreto, durante un máximo de doce horas que cede con analgésicos habituales.

– **Moderada:** malestar intermedio, incapacitante, dura más de 24 horas y desaparece con antiinflamatorios no esteroideos.

– **Severa:** incapacitante para todo acto, no cede con antiinflamatorios.

El diagnóstico debe estar basado en la exclusión de enfermedades que pueden causar dismenorrea secundaria. Preguntar en la anamnesis la edad de menarquia, tiempo de aparición después de la misma, características del ciclo, medicación usada para aliviar los síntomas, relación madre/hija e información socio-familiar. El número de hijos (menos frecuente en prole numerosa), situación socioeconómica (más en la alta), problemas familiares (más frecuente), y rendimiento escolar bajo. Se debe obtener esta información de la paciente sin presencia de la madre.

La exploración de la paciente con dismenorrea requiere un examen físico completo y de genitales externos buscando signos de actividad sexual, secre-

ciones o signos de infección. La exploración de genitales internos se hará en las pacientes con actividad sexual. La ecografía pélvica confirma la normalidad en los casos de dismenorrea primaria.

El tratamiento debe ser preventivo, mediante educación sexual en la escuela y la familia a las niñas de edad próxima a la menarquia. Reafirmación de ser un hecho normal, no doloroso que no impide la vida social, escolar o la actividad física y reforzar esta idea en las madres porque suelen proyectar sus propias actitudes sobre las hijas.

El tratamiento medicamentoso varía según el tipo de dismenorrea. En la forma leve es suficiente administrar paracetamol a dosis habituales. En la dismenorrea moderada ibuprofeno 500 mg inicialmente y mitad de dosis cada 8 horas.

Las formas severas precisan anticonceptivos orales para disminuir el crecimiento del endometrio y la producción de prostaglandinas a este nivel. Su ac-

ción es progresiva, por tanto el efecto no aparece inmediatamente sino a los 3 o 4 meses. A los seis meses se interrumpe el tratamiento hormonal para valorar si reaparece la sintomatología.

Dolor pélvico agudo

Las pacientes suelen consultar en urgencias con mucha frecuencia por este motivo¹⁰, debido a la naturaleza del dolor. El dolor pélvico agudo es un reto para el pediatra, pues si la causa está en el aparato genital, no es un problema banal y debe ser reconocida lo antes posible para establecer el tratamiento adecuado. El diagnóstico diferencial figura en la Tabla II.

Síndrome premenstrual

Descrito en 1931 por Frank como un estado de máxima tensión e inestabilidad emocional que precede siete a diez días a la menstruación. Además las pacientes refieren aumento de la tensión y dolor mamario, distensión abdominal,

Tabla II. *Causas del dolor pélvico agudo*

Utero	Trompa	Ovario
Embarazo angular	Torsión	Torsión quiste
Aborto incompleto	Embarazo incompleto	Hemorragia
Parametritis	En. inflamatoria aguda	Rotura c. luteo
		Tumores

aumento del apetito y sed, cefalea, mareos, edema de manos y pies, acné y herpes recidivante¹¹.

Se presenta en el 50% de las adolescentes y normalmente es bien tolerado, sólo en un pequeño número alrededor de un 10%, produce absentismo escolar^{12,13}.

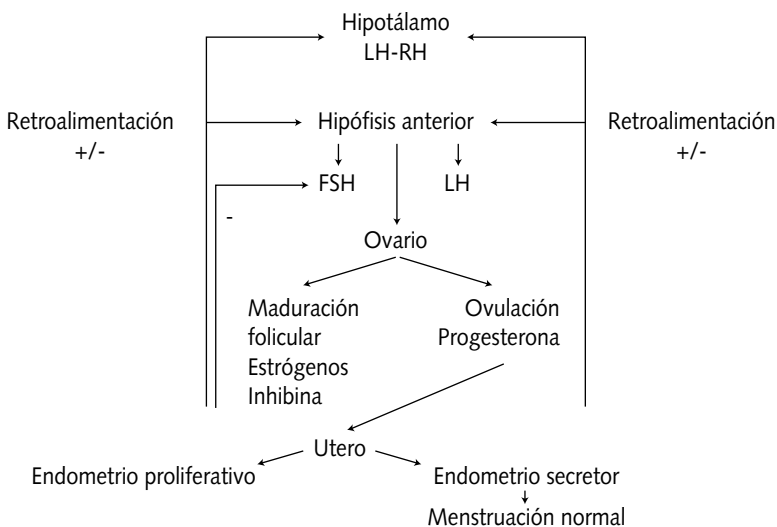
La etiología se relaciona con una alteración del perfil hormonal, caracterizada por un desbalance estrógeno-progesterona, trastornos en la secreción de aldosterona y aumento de la secreción de prolactina. También se asocia a estrés emocional y otros factores psicológicos y sociales e incluso a una respuesta anormal a los cambios fisiológicos hormonales¹⁴.

Pocos casos precisan tratamiento, se hará con restricción salina y/o ansiolíticos la semana anterior al comienzo de la regla.

Hemorragia menstrual irregular

Las alteraciones menstruales producen dudas, ansiedad y preocupación por temor de alguna repercusión en la fertilidad futura. La fisiología del ciclo menstrual se expone en la Figura 1. La mayor parte de los trastornos son de causa emocional y los que aparecen en los primeros años después de la menarquia, son debidos a inmadurez del eje hipotálamo-hipofis-gonadal^{15,16,17}. En esta época se produce la adaptación psicológica a la maduración

Figura 1. Fisiología del ciclo menstrual.



física y reproductiva. Si existen dudas sobre su normalidad o situaciones de mal ajuste a los cambios puberales, se originan mecanismos regresivos de negativa inconsciente a crecer, que suponen un freno a la menstruación, no aceptación del papel femenino y represión del interés sexual. Cuando se sospeche un trasfondo psicológico, es necesario buscar la causa en los estadios previos a la adolescencia, sobre todo en la relación madre/hija, para orientar mejor el problema.

Formas de presentación:

1. Ciclos largos, de duración entre 45 y 90 días, incluye la oligomenorrea, oligomenorrea y amenorrea secundaria¹⁸.
2. Ciclos cortos, de menos de 18 días, o polimenorrea.
3. Ciclos variables, unos largos alternando con otros cortos.
4. Hemorragia uterina disfuncional o sangrado prolongado y/o excesivo, independiente de la duración del ciclo.

Hemorragia uterina disfuncional

Según las características de la misma se distinguen las siguientes formas:

- Menorragia, es un sangrado excesivo con ciclos de duración normal.
- Metrorragia, sangrado excesivo con ciclos de duración irregular.

- Menometrorragia, diferentes formas de sangrado excesivo en los ciclos y entre ellos.

La causa más frecuente en la adolescencia es la anovulación, situación que ocurre de forma normal durante los dos años siguientes a la menarquia por inmadurez del eje hipotálamo-hipófisis-gonadal.

Durante estos ciclos sin ovulación el endometrio es estimulado por los estrógenos sin oposición de progesterona. Este endometrio no tiene el adecuado soporte estromal aportado por los gestágenos y se rompe de forma desigual provocando el sangrado irregular, prolongado y a veces profuso.

Sin embargo, no todas las adolescentes con anovulación presentan hemorragias disfuncionales, debido a que tienen una retroalimentación negativa sobre el eje que frena la producción de estrógenos, evitando la posibilidad de sangrado.

Formas clínicas

- Leve: existe un sangrado ligeramente aumentado, con ciclos acortados y cifras de hemoglobina normal.
- Moderado: sangrado prolongado y profuso, acortamiento del período intermenstrual y disminución moderada de hemoglobina.

- Severa: la hemorragia provoca niveles de hemoglobina menores a 9 gr y signos de hipovolemia.

Las causas orgánicas se exponen en la Tabla III.

Valoración de la paciente

En la **anamnesis** debe figurar la edad de la menarquia, características de los ciclos y forma de sangrado, síntomas de hipovolemia (mareo, hipotensión, debilidad), antecedentes de discrasias sanguíneas y enfermedades tiroideas.

Exploración general completa.

Test de embarazo, hemograma completo, coagulación, ecografía pélvica.

Tratamiento

Las formas leves sólo precisan tranquilizar a la paciente y seguimiento expectante.

Las formas moderadas, tratamiento hormonal con anticonceptivos orales, porque es más efectivo en limitar el sangrado. Es preferible utilizar los que tie-

nen etinilestradiol más levonorgestrol, por el mayor efecto progestacional de este último. Según la intensidad del sangrado se empieza con una a cuatro píldoras al día, disminuyendo el número a una, el 14 día. Se continua hasta completar 21 días¹⁹.

La forma grave precisa ingreso hospitalario y transfusiones, según el nivel de hemoglobina. Inicialmente se administra un comprimido de un anticonceptivo cada 4-6-8 horas y según vaya disminuyendo el sangrado se disminuye a 1 al día hasta el 21. Si no se tolera la medicación oral, se administra por vía endovenosa 25 mg de estrógenos cada 4 horas hasta el cese de la hemorragia y se continúa con un preparado bifásico por vía oral.

Amenorrea primaria

Se considera amenorrea primaria a la falta de hemorragia menstrual en las siguientes situaciones:

- A los 16 años con crecimiento y desarrollo puberal normal.

Tabla III. Causas orgánicas de hemorragia uterina disfuncional

Locales	Hormonales	Hematológicas
Cervicitis	Enf. tiroides	Trombocitopenia
Pólipos	Prolactinoma	Coagulopatías
Tumores	Ovario poliquístico	
Cuerpo extraño		

- A los 14 años con alteración en el crecimiento y falta de desarrollo puberal.
- Dos años después de completar la maduración sexual.
- Cinco años después de la aparición del botón mamario.

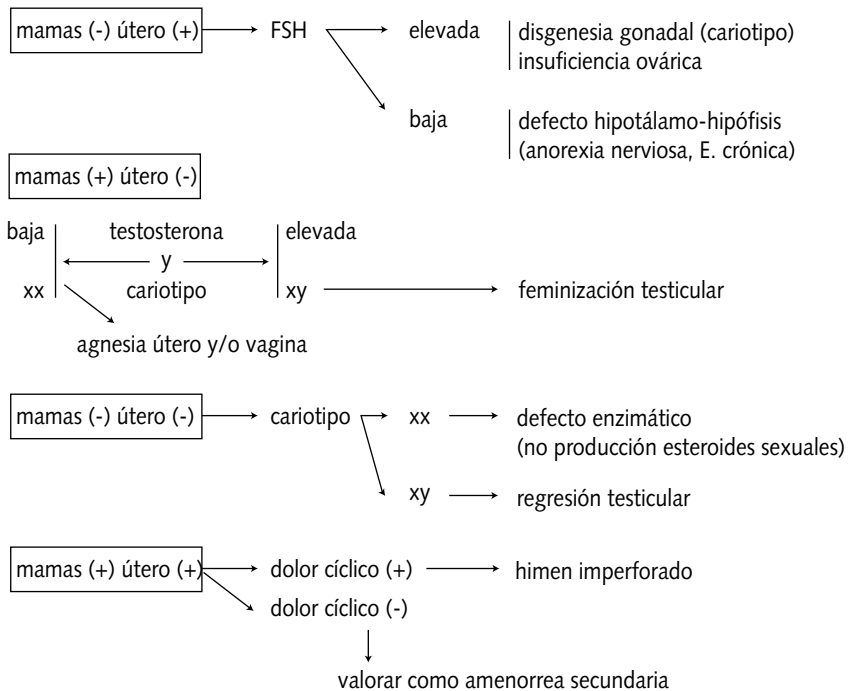
En la evaluación clínica de las pacientes se debe preguntar la cronología del desarrollo puberal, edad de la menarquia materna y medicación tomada durante el embarazo, así como la existencia de anomalías genéticas en la familia.

Antecedentes de enfermedades crónicas y hábitos alimentarios.

La exploración debe incluir peso, talla, estadio puberal, distribución del vello corporal, tamaño tiroideo, palpación abdominal e ingles ante la posibilidad de gónadas ectópicas, sistema nervioso y pares craneales, genitales externos y digital de vagina. Es imprescindible comprobar la ausencia o presencia de genitales internos mediante una ecografía pélvica.

El diagnóstico diferencial se expresa en la Figura 2.

Figura 2. Diagnóstico diferencial de amenorrea primaria.



Amenorrea secundaria.

Oligomenorrea

Es la causa más frecuente de trastorno menstrual en las adolescentes²⁰. Puede presentarse a partir de la menarquia o después de ciclos normales, en la adolescencia media o tardía.

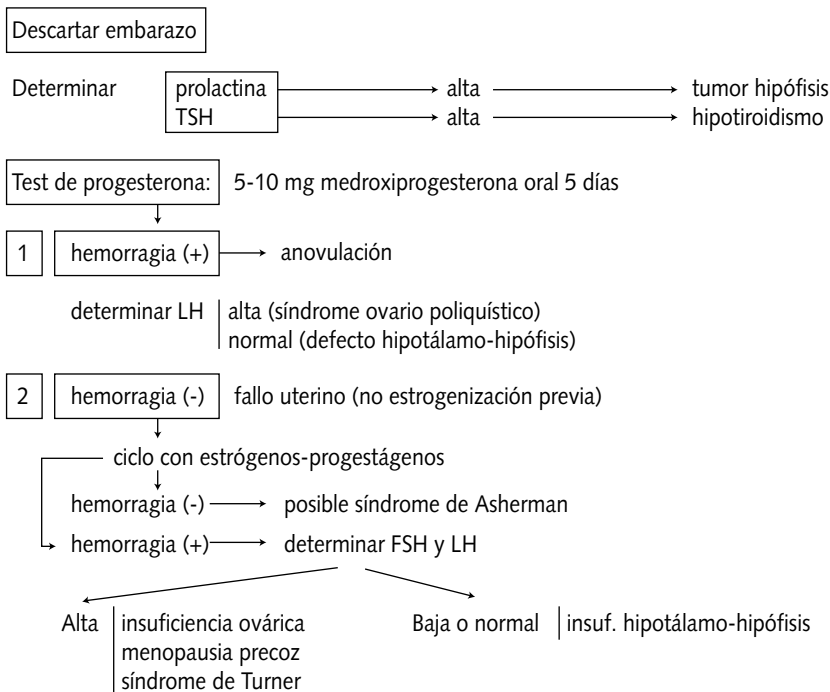
Está relacionada con la inmadurez fisiológica del eje hipotálamo-hipófisis y también con otros factores como dietas selectivas, pérdida de peso, ejercicio físico excesivo y problemas emocionales. Es importante descartar cuanto antes

otras causas como el síndrome del ovario poliquístico²¹, insuficiencia ovárica prematura, hiperplasia suprarrenal, tumores ováricos y prolactinoma. Los pasos a seguir en el diagnóstico diferencial se muestran en la Figura 3.

Problemas mamarios

El desarrollo de la mama o telarquia es el primer signo de comienzo de la pubertad, su crecimiento está influenciado por los estrógenos. La edad media de aparición es de 11,2 años³ y en estudios

Figura 3. Diagnóstico diferencial de amenorrea secundaria.



recientes, de 9,96 años para la raza blanca y 8,87 para la negra⁴.

Exploración mamaria

Debe realizarse en todas las adolescentes a lo largo del desarrollo puberal. Primero se realiza con la paciente sentada para visualizar asimetrías y después en decúbito, con los brazos colocados detrás de la cabeza.

Se valorará:

- Estadío de Tanner. Si existen asimetrías, medir el diámetro vertical y transversal de la areola y mama en ambas.
- Palpación a partir del pezón de dentro a fuera, alrededor de la mama siguiendo un movimiento horario.
- Compresión de la areola para comprobar secreción a través del pezón.
- Enseñar a la vez la autoexploración a la paciente.

Asimetría

El botón mamario está localizado concéntricamente por debajo del pezón y la areola. No es infrecuente que éste aparezca en un sólo lado o tenga mayor tamaño, no se debe confundir con tumores. La asimetría puede hacerse cada vez más marcada según avanza la pubertad, pero normalmente se iguala al final de la misma.

No precisa ningún estudio, tan sólo información a la joven de la benignidad del proceso. En los casos con deformidad estética y repercusión emocional se aconsejará una prótesis de gomaespuma en el sujetador.

Tamaño excesivo

La macromastia no es patológica, es un problema constitucional y familiar. Puede tener repercusión psicológica por su influencia en la imagen corporal, hasta el punto de provocar retraimiento social por el temor de ser observada. Limita las actividades deportivas y recreativas y es causa de dolor de espalda por la posición viciada adoptada para encubirla. Su tratamiento es quirúrgico.

Tamaño pequeño

La hipomastia o hipoplasia mamaria se presenta en adolescentes con anorexia nerviosa, por falta de desarrollo o atrofia secundaria, a las que no importa el problema y en jóvenes con un desarrollo puberal y ciclos menstruales normales, muy preocupadas porque se sienten diferentes a sus amigas y tienen dudas sobre su feminidad.

Su causa no es bien conocida, pudiera relacionarse con una disminución de receptores estrogénicos en el tejido glandular. La actuación médica consistirá en

informar a la adolescente de la normalidad de su condición femenina y la posibilidad de crecimiento a medida que aumenten los estrógenos con la edad.

Mama supernumeraria

Las mamas o pezones supernumerarios accesorios están localizados en la línea media mamaria, puede existir areola o pezón con o sin tejido glandular. Se puede confundir con un tumor cuando se presenta aislada y en lugares distantes como el hueco axilar o la ingle. Se hace más marcada y puede ser dolorosa durante el período menstrual, dato que sirve para el diagnóstico diferencial.

Mastodinia

Es el dolor mamario que se presenta en la segunda fase del ciclo y aumenta en los días previos a la menstruación. Puede ser ocasional o cíclico y es debido a la distensión del tejido mamario producida por influencias hormonales, generalmente por un desequilibrio estrógeno-progesterona. En la exploración las mamas aparecen turgentes, exacerbándose el dolor con la palpación.

Si el dolor es unilateral, debe pensarse en otro tipo de problema como la mastitis, situación no rara en la adolescencia. Se diferencia por la presencia de signos inflamatorios locales, piel enrojecida, ca-

liente y brillante acompañados o no de fiebre y malestar general. El agente etiológico más frecuente es el estafilococo dorado.

Tumores

Los tumores de la mama no son raros en la adolescencia y son un motivo de preocupación importante en la joven y su madre por la posibilidad de un cáncer, el cual es excepcional.

El tumor más frecuente es el **fibroadenoma**²², cursa de forma asintomática salvo la presencia de una masa. Tiene idéntica histología al de las mujeres adultas.

El **fibroadenoma gigante juvenil** es menos frecuente que el anterior²³. Es unilateral, asimétrico y de tamaño variable, sigue un crecimiento lento y progresivo al comienzo y bruscamente crece hasta hacerse una gran tumoración que deforma la piel y la areola con aumento de la vascularización superficial. Plantea diagnóstico diferencial con el sarcoma filoides cuyo pronóstico es más incierto que el anterior. Hoy se piensa que forman parte de una misma entidad.

La mamografía y la ecografía son útiles para el diagnóstico. El estudio hormonal no muestra alteraciones. El tratamiento es quirúrgico respetando la mama lo más posible²², por lo excepcional de la transformación maligna.

Flujo vaginal

Es la presencia de exudados a través de la vagina acompañados o no de síntomas locales. Puede ser debido a diferentes causas. En la infancia son frecuentes las vulvovaginitis inespecíficas por deficiente higiene, en cambio en la adolescente son debidas a infecciones específicas transmitidas en la mayoría de los casos por contacto sexual.

Leucorrea puberal: es la eliminación de un líquido claro, seroso, escaso, sin olor en un tiempo próximo a la menarquia. Se considera una situación normal y fisiológica.

Vulvovaginitis: los agentes etiológicos más frecuentes en esta edad son *tricomonas*, *cándida albicans*, *gardnerella*, *gonococo* y *clamidias*^{24,25}.

La manifestación clínica más frecuente es el exudado vaginal maloliente de características típicas en algunos, amarillento espumoso (*tricomonas*), caseoso (*cándidas*), olor a pescado (*gardnerella*), mucopurulento (*gonococo*). El exudado se acompaña de prurito intenso y en la exploración se aprecia eritema vulvar y aumento de secreciones.

El diagnóstico debe estar basado en la sospecha clínica por los síntomas, signos hallados en la exploración y los cultivos para confirmar el agente causal.

Valoración de la paciente con flujo vaginal:

Anamnesis: preguntar por los síntomas característicos y duración de los mismos, tener presente que lo frecuente es el retraso en la consulta. Enfermedades predisponentes como la diabetes, tomar anticonceptivos o antibióticos y relaciones sexuales recientes.

Exploración: genitales externos, inspección cuidadosa de la vulva observando el aspecto de la secreción. Genitales internos mediante espéculo para ver el cérvix, salvo en las pacientes muy jóvenes con sospecha de leucorrea. Tomar muestras para cultivo.

Examen de las muestras en fresco: extensión con suero salino para ver organismos flagelados como las *tricomonas*, o células epiteliales en la leucorrea. Con hidróxido potásico se observan las hifas de *cándidas*.

Se recomendará tratamiento específico, acompañado de medidas complementarias como lavados dos veces al día, secado cuidadoso para evitar la humedad, cambio de ropa interior e higiene perianal esmerada.

Normas para la anamnesis ginecológica

La información siempre debe ser obtenida de la adolescente aunque por lo general viene acompañada de su madre

y es la que refiere el problema. Con frecuencia las preocupaciones de ambas son diferentes. Cuando la paciente es muy joven, el principal interés es el desarrollo corporal, el crecimiento de las mamas y la menstruación. Tiene una gran fantasía alrededor de estos puntos. Las mayores están más centradas en el motivo por el que consultan. En ambos casos es buen momento para educación sobre aspectos del ciclo menstrual, enfermedades de transmisión sexual y riesgo de embarazo²⁶.

Se debe escuchar a la paciente en privado, después de la introducción inicial hacer salir al acompañante.

Es muy importante recordar la confidencialidad, se debe explicar delante de los padres y hacerles comprender que las decisiones importantes se comentarán y tomarán en conjunto.

En la anamnesis importan los síntomas urinarios, gastrointestinales, medicación habitual y/o problemas emocionales, sociales, escolares o familiares. Información sobre la menarquia, desarrollo de las mamas y vello púbico y características del ciclo menstrual.

Hay que tener especial sensibilidad para hacer preguntas sobre actividad o enfermedades de transmisión sexual, elegir el modo y el momento oportuno. Si se descubre que tiene relaciones se-

xuales debemos estimular a la joven a hablar abiertamente con sus padres.

Normas para la exploración ginecológica

Para lograr la colaboración de la paciente se debe explicar cada una de las fases a realizar, para conseguir disminuir el temor y asegurar que no se afectará el himen. Si hacemos que no sea una experiencia traumática, avanzamos en la confianza presente y futura.

Preguntar si desea o no que la madre esté presente. Nunca hacer la exploración sin la enfermera, tener paciencia con las adolescentes tímidas que no se relajan y se tapan continuamente.

Se anotará el peso, la talla, la talla sentada, distribución de la grasa corporal, textura de la piel y distribución del vello.

Exploración mamaria completa, incluida la areola y el pezón.

Inspección de la vulva y periné con la paciente en decúbito supino, el tamaño del clítoris que no debe sobrepasar los 5 mm. Palpación de las glándulas de Bartolino colocando un dedo en el introito y otro por fuera del labio mayor, normalmente no se aprecian.

Ver la integridad del himen con sus múltiples formas (falcoforme, semilunar, anular, bilabial, lobulado, cribiforme e imperforado). El más frecuente es el semilunar.

El examen de genitales internos se realizará si existe indicación y si el pediatra sabe y tiene experiencia para obtener datos e interpretarlos. La exploración con espéculo permite ver secreciones y lesiones inflamatorias en paredes de la vagina y cuello uterino y tomar muestras.

La exploración bimanual valora las estructuras albergadas en la pelvis no abordables en la palpación abdominal, como el tamaño, consistencia y movilidad del útero, cuello y anejos.

Terminada la exploración se deben explicar todos los hallazgos de forma asequible para asegurar su comprensión, aclarar y responder las dudas y preguntas. Finalmente hacer entrar al acompañante para explicarle y contestar a sus preguntas, con la participación activa de la paciente.

A las adolescentes sexualmente activas se recomendarán dos visitas anuales al ginecólogo, y una a las que no lo son.

Bibliografía

1. Yordan EE, Yordan RA. *The Early Historical Roots of Pediatric and Adolescent Gynecology*. J Pediatr Adolesc Gynecol 1997; 10 (4): 183-91.
2. Braverman P, Strasburger V. *¿Por qué ginecología de la adolescente? Los pediatras y la exploración pélvica*. Pediatr Clin N Am 1989; ed. esp.(3): 503-521.
3. Marshall VA, Tanner JM. *Variations in the Pattern of Pubertal Changes in Girls*. Arch Dis Child 1969; 44: 291-303.
4. Herman-Guiddens M, Slora E, Wasserman R. *Secondary Sexual Characteristics in Young Girls Seen in Office Practice: A Study from The Pediatric Research in Office Settings Newark*. Pediatrics 1997; 99: 505-509.
5. Marti-Henneberg C, Vizmanos B. *The Duration of Puberty in Girls is Related to the Timing of its Onset*. J Pediatr 1997; 131 (4): 618-21.
6. Roche AF, Dávila GH. *Late Adolescent Growth in Stature*. Pediatrics 1972; 50: 874-880.
7. Klein JR, Litt IF. *Epidemiology of Adolescent Dysmenorrhoea*. Pediatrics 1981; 68: 661-664.
8. Davis GD, Thillet E, Linderman J. *Clinical Characteristics of Adolescent Endometriosis*. J Adol Health 1993; 14 (5): 362-368.
9. Laufer MR, Goiten L, Brush M, Cramer DW, Emmans SJ. *Prevalence of Endometriosis of Adolescent Girls with Pelvic Pain not Responding to Conventional Therapy*. J Pediatr Adolesc Gynecol 1997; 10 (4): 199-202.
10. Kozlowski K, Gottlieb A, Graham Ch, Cleveland E. *Adolescent Gynecologic Conditions Presenting in Emergency Settings*. Adolescent Med: State of the Art Reviews 1993; 4 (1): 63-76.
11. Fisher M, Trieller K, Napolitano B. *Premenstrual Symptoms in Adolescents*. J Adol Health 1989; 10: 369-375.
12. Cleckner -Smith CS, Doughty AS, Grossman JA. *Premenstrual Symtoms. Prevalence and Severity in an adolescent Sample*. J Adol Health. 1998; 22 (5): 403-408.
13. Braverman P, Sondheimer S. *Menstrual disorders*. Ped in Rev 1997; 18 (1): 17-26.
14. Schmidt PJ, Nieman LK, Danaceau MA, Adams LF, Rubinow DR. *Differential Behavioral Effects of Gonadal Steroids in Woman With and in Those Without Premenstrual Syndrome*. N Engl J Med. 1998; 338 (4): 209-216.
15. Rosenfield RL, Barnes RB. *Menstrual Disorders in Adolescence*. End Metab Clin N Am.1993; 22 (3): 491-505.
16. Venturoli S, Poscu E, Fabbri L, Pluchinotto V, Ruggeri S, Macrelli S,

- Paradisi R, Flamigni C. *Longitudinal Changes of Sonographic Ovarian Aspects and Endocrine Parameters in Irregular Cycles in Adolescence*. *Pediatr Res* 1995; 38 (6): 974-980.
17. Polaneczki MM, Slap GB. *Trastornos menstruales en la adolescencia: amenorrea, dismenorrea y metrorragia disfuncional*. *Ped in Rev*. (ed. esp) 1992; 13 (1,2): 38-47.
18. Duflos-Cohade C, Thibaud E. *Menstrual cycle disorders in adolescents*. *Arch Pediatr*. 2000; 7 (7): 767-72.
19. O'Connell B. *The Pediatrician and the Sexually Active Adolescent. Treatment of Common Menstrual disorders*. *Ped Clin N Am* 1997; 44(6): 1391-1404.
20. Pletcher JR, Slap GB. *Menstrual disorders. Amenorrhea*. *Pediatr Clin North Am*. 1999; 46 (3): 505-18.
21. Franks S. *Polycystic Ovarian Syndrome*. *N Eng J Med* 1995; 333: 853-861.
22. Cifti A, Tanyel F, Buyukpamukcu N, Hicsomer A. *Female Breast Masses During Childhood: a 25 Year Review*. *Eur J Ped Surg*. 1998; 8 (2): 67-70.
23. Carrasco B, Albert A, Sancho A, Morales L. *Fibroadenoma gigante de mama: a propósito de dos casos*. *An Esp Pediatr*. 1989; 30 (2): 140-142.
24. Emmans JH, Goldstein DP. *Vulvo-vaginal Complaints in the Adolescent*. En: *Pediatric and Adolescent Gynecology*. 2ª ed. Little-Brown edit. Boston. 1982. Pág. 181-199.
25. Johnson J. *Office Approach to Urethritis, Vaginitis and Cervicitis in Adolescents*. *Adolesc Medic: State of the Art Reviews* 1990; 1 (3): 531-544.
26. Mitan LA, Slap GB. *Adolescent menstrual disorders. Update*. *Med Clin North Am*. 2000; 84 (4): 851-68.

