



Exploración ginecológica y alteraciones más frecuentes del ciclo menstrual en la adolescencia

M. Guerrero Ibáñez, M. Franco Horta,
J. Martínez-Guisasola Campa

Servicio de Obstetricia y Ginecología Infanto-juvenil. Hospital Universitario de Burgos



Resumen

El objetivo principal de este artículo es una actualización orientada a la práctica diaria sobre los motivos de consulta más frecuentes relacionados con las alteraciones del ciclo menstrual en la etapa puberal y en la adolescencia. Durante la transición a la pubertad y en los primeros años de esta, las alteraciones del ciclo menstrual, desde la amenorrea al sangrado menstrual frecuente o infrecuente, son uno de los principales motivos de consulta en Ginecología. En un alto porcentaje de jóvenes, están relacionadas con la propia inmadurez del eje hipotálamo-hipófisis-ovario (HHO) y la anovulación asociada. La dismenorrea es otro motivo de consulta habitual por la repercusión en la calidad de vida que puede tener en la joven, y es fundamental su tratamiento adecuado. Las amenorreas primarias presentan una elevada asociación con patología genética y endocrina, por lo que deben ser diagnosticadas de manera temprana. Además, queremos destacar la importancia de una adecuada anamnesis y exploración física general y ginecológica en la orientación diagnóstica de estos cuadros.

Abstract

The principal aim of this article is to review the main disturbances of the menstrual cycle in the pediatric and adolescent age group. During their transition through puberty, disorders of menstruation become the most common complaint requiring the attention of the gynecologist, referring to problems like amenorrhea, dysfunctional uterine bleeding and dysmenorrhea. The immaturity of the hypothalamic-pituitary-ovary axis and the anovulation that it associates, are involved in a high proportion of the episodes. The importance of an accurate diagnosis and treatment lies in the impact of dysmenorrhea on the quality of life. Primary amenorrhea is strongly associated with genetic diseases and endocrine disorders so it is important to achieve the diagnosis as soon as possible. Moreover, we want to highlight the relevance of the anamnesis and physical exam which can provide us with an interesting approach to the problem.

Palabras clave: Adolescencia; Exploración ginecológica; Sangrado menstrual; Amenorrea; Dismenorrea.

Key words: Adolescence; Gynecological examination; Menstrual cycle; Amenorrhea; Dysmenorrhea.

OBJETIVOS

- Realizar una anamnesis específica para valorar la existencia de alteraciones del ciclo menstrual, y conocer las circunstancias que pueden favorecer la comunicación con la niña o adolescente.
- Conocer cómo se debe llevar a cabo la exploración ginecológica en la niña y en la adolescente y el entorno que puede favorecer su realización.
- Identificar situaciones que cumplan criterios de amenorrea primaria y secundaria e iniciar estudio etiológico.
- Identificar a las adolescentes que presentan sangrado menstrual abundante y realizar el tratamiento más adecuado para cada situación clínica.
- Diagnóstico y tratamiento de la dismenorrea primaria.
- Identificar el síndrome premenstrual y el trastorno disfórico premenstrual.

Exploración ginecológica

Introducción

La demanda de atención en la consulta de Ginecología Infantojuvenil va en aumento, ante la aparición de determinados signos o síntomas que, en ocasiones, crean dudas entre la fisiología y la patología del desarrollo puberal, y requieren un estudio más específico; pero, en otras ocasiones, esta demanda está en relación con el desconocimiento de la amplia variabilidad de la fisiología de la pubertad y del desarrollo de la niña y la adolescente; y en otras, se produce por la presión social y familiar actual de estudiar en profundidad la fisiología para descartar rotundamente la patología.

Anamnesis

La empatía y la proximidad son fundamentales en la entrevista. Los antecedentes familiares cobran especial importancia por su carga hereditaria, en especial, los femeninos.

La edad cronológica de las pacientes que son recibidas en consulta de Ginecología Infantojuvenil es variable. Las niñas de corta edad, requieren del apoyo de un progenitor, tanto para la anamnesis como para la exploración, en cuyo caso la presencia de esta figura adulta es esencial y realiza el acompañamiento en todo momento. En el caso de jóvenes adolescentes o si se sospecha la existencia de abusos sexuales, es aconsejable reservar un tiempo y espacio para una entrevista a solas con la paciente, en la que se sienta cómoda y en la que se asegure la confidencialidad de los datos aportados. La obtención de estos datos es fundamental para el diagnóstico y/o el tratamiento posterior.

Siempre que sea posible, en función de la edad, es importante que sea la paciente la que nos comunique la sintomatología que presenta, ya que la información transmitida por ella o por el familiar o acompañante puede ser contradictoria. Es fundamental escuchar y conocer de la niña o la joven sus inquietudes y vivencias, y transmitirle la importancia del conocimiento de su propio cuerpo y de los cambios actuales y futuros, así como despejar las dudas que pueda presentar. La proximidad y la empatía, pero sin paternalismos, son necesarias para el correcto desarrollo de la consulta^(1,2).

Tras conocer el motivo de la consulta, se valorará la existencia de relación entre la sintomatología que presenta la paciente y sus antecedentes, tanto personales como familiares.

Se debe conocer la existencia de enfermedades actuales o previas de especial relevancia, alteraciones genéticas o cromosómicas que puedan condicionar el desarrollo, procesos oncológicos con radioterapia o quimioterapia que puedan afectar la reserva ovárica⁽³⁾, intervenciones quirúrgicas abdominales especialmente pélvicas o en tracto genital inferior o la toma de medicación que pueda interferir en el normal funcionamiento del eje HHO. En muje-

res jóvenes, se debe interrogar sobre el consumo de tóxicos e informar sobre su repercusión en la salud, aconsejando su interrupción.

En el caso de las amenorreas secundarias, un factor de relevancia es el estrés^(3,4) emocional, físico o nutricional, que inhibe el eje HHO por aumento de la secreción de cortisol y que suprime la función reproductiva, con la posterior amenorrea como respuesta de adaptación funcional. Se aconseja valorar la existencia de: alteraciones del estado de ánimo, problemas de adaptación en centros escolares o laborales, estrés académico, problemas familiares o con relaciones del entorno... Son de especial relevancia, los cambios de hábitos alimentarios que conllevan pérdida o ganancia de peso en un periodo corto de tiempo, ya que también interfieren en el funcionamiento del eje, especialmente los que están en relación con los trastornos de la conducta alimentaria, así como el ejercicio físico intenso que realizan las atletas de alta competición. En nuestra experiencia hemos observado esta situación en las estudiantes de danza, en las que además de la práctica diaria de ejercicio físico intenso, en ocasiones, asocian una conducta alimentaria restrictiva.

Si la adolescente ya ha presentado la menarquia, se debe conocer el tiempo transcurrido desde esa fecha, ya que son frecuentes las irregularidades menstruales durante los 2-3 primeros años tras la menarquia^(1,3). Otros datos importantes son la fórmula menstrual (FM: días de sangrado/intervalo, entre el inicio de un ciclo de sangrado y la aparición del siguiente), para valorar la existencia de alteraciones del ciclo menstrual, ya sea en la cantidad de sangrado o la ciclicidad de este, así como la fecha de la última regla (FUR), para conocer el momento del ciclo en el que se encuentra la paciente en el momento de la exploración y hacer una interpretación correcta de los hallazgos. La presencia de dismenorrea, dolor durante la regla, es habitual en las adolescentes y lo desarrollaremos posteriormente. En el caso de que la paciente tenga o haya tenido relaciones sexuales, es un buen momento para asesorar sobre anticoncepción y sobre la prevención de infecciones de transmisión sexual, y se debe

conocer la existencia de embarazos previos^(1,3).

Teniendo en cuenta la repercusión que pueden tener los antecedentes familiares en la herencia y en el desarrollo ginecológico, es importante conocer la existencia de enfermedades en padres y hermanos, especialmente en los familiares de sexo femenino como madre y hermanas, respecto a: la edad de la menarquia, las alteraciones menstruales y la patología ginecológica, la existencia de trastornos de la coagulación (hipo/hipercoagulabilidad), la patología endocrinológica y los casos de pubertad precoz o tardía^(1,3).

Exploración ginecológica y mamaria

La exploración ginecológica debe ser la mínima con la que se obtenga la máxima información. En ocasiones, puede posponerse si la paciente no está preparada para ella.

Hay que diferenciar claramente la exploración y valoración de la niña en edad pediátrica, sobre todo, las más pequeñas, y la exploración en la joven adolescente. La exploración ginecológica en la paciente pediátrica se reduce, en general, a situaciones para: descartar patología del aparato genital, el diagnóstico de infecciones ginecológicas o valorar la presencia de cuerpos extraños intravaginales. Es menos frecuente la consulta por sangrado genital o para valorar la existencia de abuso sexual. La exploración en la edad pediátrica crea temor e inquietud en la niña y es preferible que se realice con acompañante que, en la mayor parte de las ocasiones, colabora en la exploración, a no ser que la paciente demande lo contrario. Es importante la cercanía, explicar la exploración que se va a llevar a cabo en términos comprensibles, el objetivo de cada actuación y dar tiempo a que la paciente esté preparada para su realización⁽⁵⁾. En ocasiones, puede ser que la exploración no sea imprescindible realizarla en ese momento, o que la paciente no esté preparada para ella, pudiendo posponerse hasta que la situación sea más favorable. La exploración ginecológica debe ser la mínima con la que se obtenga la máxima información⁽²⁾.

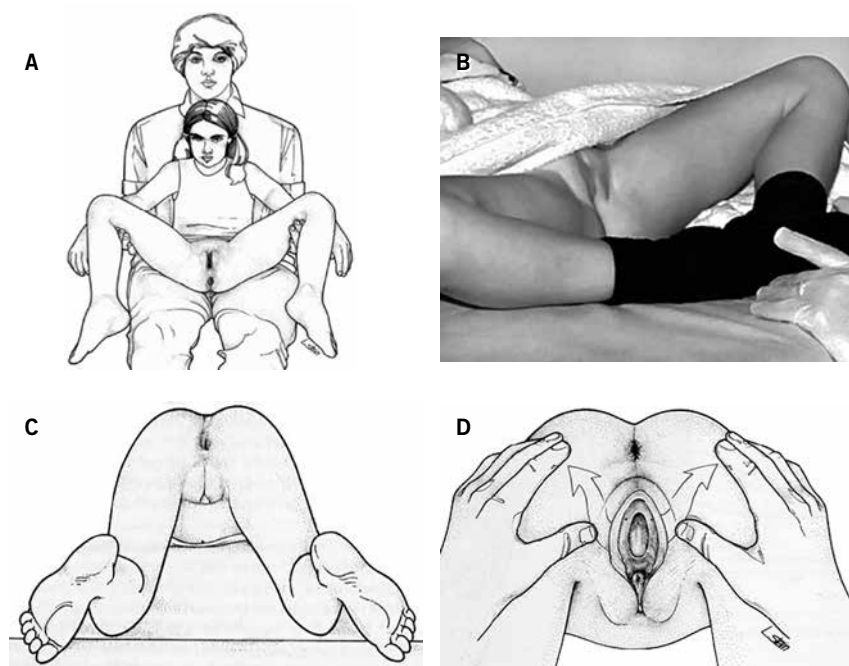


Figura 1. Colocación de niñas y jóvenes prepúberes para una exploración ginecológica adecuada. **A.** Sentada en el regazo de la madre. **B.** Posición en patas de rana. **C.** Posición de rodillas hacia el pecho. **D.** Demostración de visualización de genitales externos en posición decúbito prono genupectoral. (Imágenes A, C, y D de Finkel MA, Giardino AP [eds]: *Medical examination of child sexual abuse: a practical guide*, 2nd ed. Thousand Oaks, 2002, CA, 2002, pp. 46-64; Imagen B de McCann JJ, Kerns DL: *The child abuse atlas*, Evidentia Learning, 2018, www.childabuseatlas.com).

Para realizar una exploración completa es preciso, además: una valoración del índice de masa corporal, la presión arterial, la glándula tiroides, los ganglios linfáticos, el desarrollo mamario, el abdomen, la piel y los anejos cutáneos.

Colocación de niñas y jóvenes prepúberes para una exploración ginecológica adecuada

Para que la exploración resulte eficaz, es importante adaptarla a la edad de la paciente.

Una explicación clara, concisa y sencilla de la exploración que se va a realizar puede facilitar la tranquilidad y cooperación de la paciente.

En el caso de niñas menores de 4 años, pueden colocarse sobre las rodillas del familiar, colocando las piernas de la niña a horcajadas sobre los muslos del adulto (Fig. 1A). Otra opción consiste en la colocación de la paciente en una camilla en decúbito supino con las caderas en abducción y los pies juntos, a modo de rana (Fig. 1B). Otra alternativa para la exploración, consiste en colocar a la paciente con los muslos pegados al pecho elevando los glúteos y las caderas (Fig. 1C), así se permite

visualizar la parte inferior del himen, la parte baja de la vagina y, en ocasiones, la parte alta de la vagina y el cuello del útero, como inconveniente perdemos el contacto visual con la paciente.

Las pacientes mayores pueden preferir utilizar los estribos en la camilla ginecológica, intentando que la paciente esté en una posición que permita el contacto visual constante durante la exploración. En el caso de que la paciente haya tenido relaciones sexuales, la exploración se realizará de la misma manera que en la mujer joven, mediante la inspección del tracto genital inferior y la visualización de vagina y cérvix mediante especúlos virginales.

Se recomienda realizar la exploración ginecológica con la paciente sola, siempre que sea mayor de 13 años o si es menor y lo solicita la paciente⁽¹⁾. Se debe reservar un tiempo de diálogo íntimo para que la adolescente plantee preguntas que no ha realizado con su acompañante, en especial las relacionadas con la esfera sexual o para plantear por nuestra parte esa posibilidad si no se ha realizado antes y ofrecer asesoramiento anticonceptivo y sobre infecciones de transmisión sexual (Tabla I).

La inspección y exploración mamaria es imprescindible en los casos de alteraciones del desarrollo puberal, sospecha de malformaciones o asimetría. El desarrollo inicial de la mama puede ser molesto y la exploración ser dolorosa, sin que esto implique patología. Es importante la palpación, especialmente en niñas obesas para valorar la presencia de tejido mamario que pueda llevar a cabo un estadiaje erróneo de los estadios de Tanner. El desarrollo del botón mamario puede ser asimétrico y pueden transcurrir hasta 12 meses de diferencia entre el inicio del desarrollo de una mama y el de la otra⁽¹⁾.

Al finalizar la exploración, independientemente de la edad de la niña o joven, es importante informarla de nuestro diagnóstico o sospecha diagnóstica, dirigiéndonos a ella con lenguaje comprensible y entablando la conversación con ella, haciéndola partícipe de la información para que la comprenda y realice las preguntas necesarias.

En la elaboración del informe definitivo sobre la exploración ginecológica y mamaria, especialmente en el caso de que se trate de un estudio de desarrollo puberal, se debe referenciar el estadio de maduración en función de los estadios de Tanner⁽⁶⁾, fundamental, si el seguimiento se realiza entre varios especialistas para valorar de forma objetiva la evolución del desarrollo (Fig. 2).

Tabla I. Indicaciones recomendadas para la exploración pélvica en las adolescentes

- Irregularidades menstruales inexplicadas, incluidas alteraciones puberales (especialmente si retraso puberal)
- Dismenorrea severa
- Dolor abdominal o pélvico inexplicado
- Disuria inexplicada
- Flujo vaginal anormal
- Colocación de dispositivo intrauterino
- Extracción de cuerpo extraño
- Incapacidad para colocación de tampones

Datos del American College of Obstetricians and Gynecologists: *The initial reproductive visit. Committee Opinion No. 598. Obstet Gynecol* 123: 1143-1147, 2014.

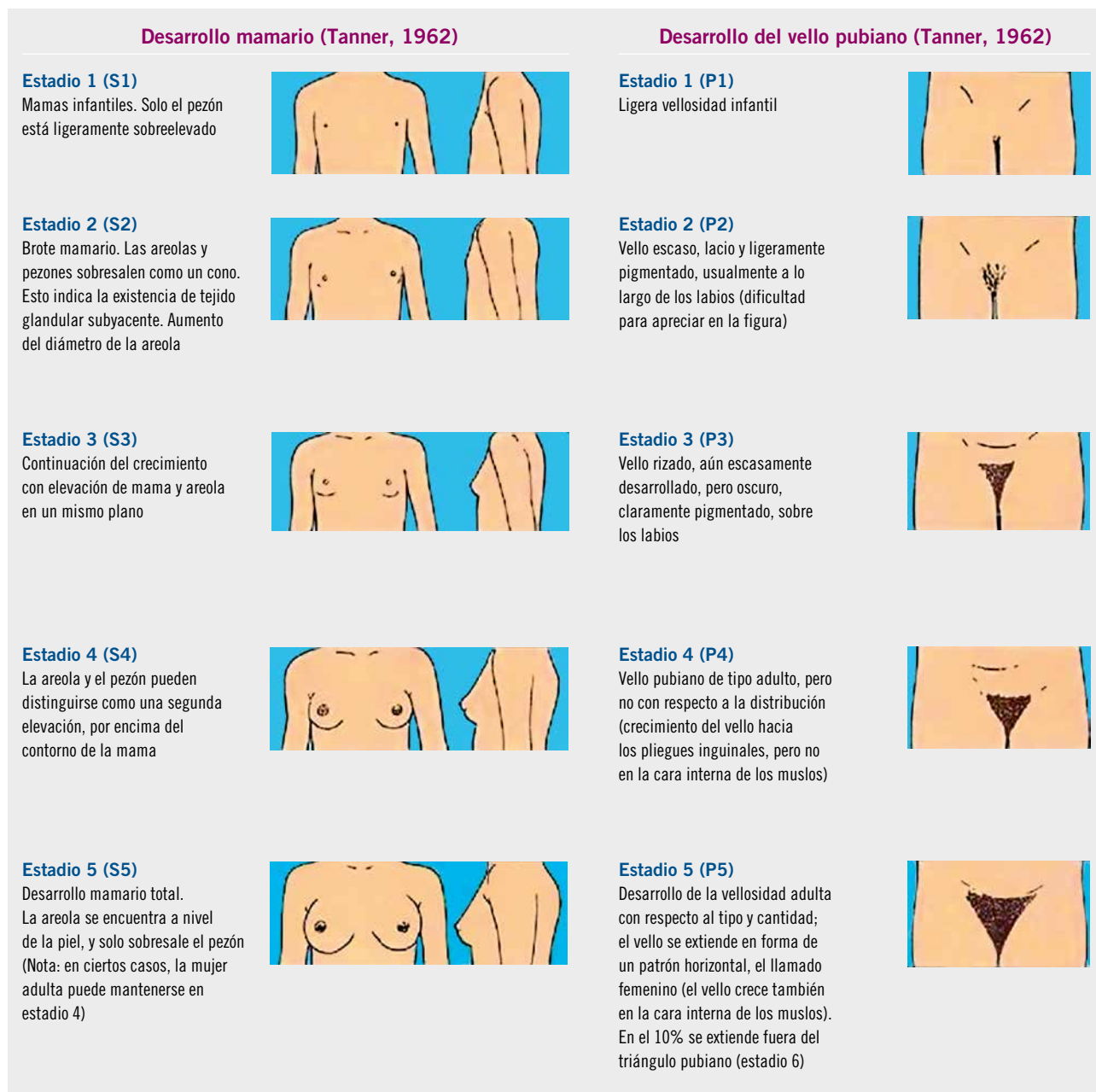


Figura 2. Escalas de Tanner en niñas. Tomado de: *Tanner JM. Growth at adolescence. 2ª ed. Oxford: Blackwell; 1962.*

Exploraciones complementarias

La ecografía ginecológica es esencial en el estudio del aparato genital interno.

La ecografía ginecológica se ha convertido en una exploración básica y fundamental, cuando se debe evaluar el aparato genital interno por su inocuidad, fácil accesibilidad y la inmediatez y relevancia de la información para un diagnóstico en consulta. Las vías de exploración dependerán de la edad de la paciente, vía tran-

Tabla II. Ecografía ginecológica		
	<i>Prepuberal</i>	<i>Postpuberal</i>
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

sabdominal con repleción vesical en las niñas o jóvenes no sexualmente activas, o intravaginal en las adolescentes con relaciones sexuales. En los casos en los que no sea posible la visualización del aparato genital interno por las anteriores vías, se puede recurrir a la realización de ecografía transrectal o transperineal^(1,7).

Es importante conocer las diferencias de la anatomía del aparato genital interno en la etapa prepuberal y la pospuberal (Tabla II).

Si en la exploración mamaria se detecta algún nódulo o la presencia de secreciones por pezón (telorrea), es posible que se requieran otras exploraciones complementarias como: la ecografía mamaria, el estudio citológico de las secreciones o incluso la punción mamaria para estudio anatomopatológico de las lesiones.

Tabla III. Causas de amenorrea primaria

Causas uterinas

- Agenesia mülleriana (síndrome de Rokitansky)
- Himen imperforado
- Síndrome de Morris o feminización testicular

Causas ováricas

- Síndrome del ovario poliquístico (SOP)
- Fallo ovárico prematuro (síndrome de Turner, disgenesia gonadal)

Causas hipotálamo/hipofisarias (hipogonadismo hipogonadotropo)

- Pérdida de peso
- Ejercicio intenso
- Retraso constitucional
- Hiperprolactinemia
- Hipopituitarismo
- Craneofaringioma, glioma, germinoma y quiste dermoide
- Radioterapia holocraneal, cirugía craneal (raro en adolescentes)

Causas sistémicas

- Enfermedades crónicas de larga evolución (diabetes mellitus, cardiopatías, enfermedades intestinales inflamatorias)
- Alteraciones endocrinas (patología tiroidea, síndrome de Cushing)

Fuente: Hickey M, Balen A. *Menstrual disorders in adolescence: investigation and management. Hum Reprod update. 2003; 9: 493-504. Tomada de Protocolos SEGO. Amenorrea primaria y secundaria.*

Alteraciones del ciclo menstrual

El ciclo menstrual normal oscila entre 28 ± 7 días, una duración del sangrado de 4-8 días, y una pérdida menstrual entre 30-80 ml por ciclo. En la adolescencia, las alteraciones afectan al 75% de las jóvenes.

Según la ACOG⁽⁸⁾ (Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos), es fundamental la identificación de alteraciones menstruales en la adolescencia, para prevenir problemas de salud en la edad adulta. Para cumplir este objetivo, es necesario conocer la fisiología de la pubertad, para comprender la diferencia entre la menstruación normal y patológica, considerando el ciclo menstrual como un signo vital, reflejo de un buen estado de salud.

El ciclo menstrual normal oscila entre 28 ± 7 días, con una duración del sangrado de 4-8 días, la cantidad de pérdida menstrual oscila entre 30-80 ml por ciclo. Algunos autores plantean una mayor flexibilidad en las adolescentes, ya que el 55-82% de los ciclos son anovulatorios en los 2 primeros años postmenarquia; entre el 30-55% entre los 2-4 años e incluso se detectan en el 20% de las jóvenes 5 años después de la menarquia^(2,3,9,10).

Las alteraciones del ciclo menstrual afectan a un elevado número de adolescentes (75%)^(2,3) y suelen ser secundarias a trastornos funcionales, por inmadurez del eje HHO. Son motivo frecuente de consulta y, habitualmente, están relacionadas con: la ausencia de regla (amenorrea primaria o secundaria), el intervalo entre ciclos (sangrado menstrual frecuente, infrecuente o irregular), el sangrado menstrual abundante, así como la presencia de dolor los días de la menstruación (dismenorrea).

Amenorrea

La amenorrea o ausencia de regla debe ser estudiada. Es más frecuente la amenorrea secundaria, de causa endocrina o funcional. Ante una amenorrea primaria, hay que descartar anomalías del desarrollo genital.

La ausencia de regla puede ser primaria o secundaria. La **amenorrea primaria** se define como la ausencia de regla a los 16 años en presencia de

Tabla IV. Causas de amenorrea secundaria

Causas uterinas

- Síndrome de Asherman y estenosis cervical
- Tuberculosis genital y endometritis

Causas ováricas

- Síndrome del ovario poliquístico (SOP)
- Fallo ovárico prematuro (causa genética, autoinmune, infecciosa, radioterapia y quimioterapia)

Causas hipotalámicas (hipogonadismo hipogonadotropo)

- Pérdida de peso
- Ejercicio
- Estrés
- Anorexia nerviosa
- Idiopática

Causas hipofisarias

- Hiperprolactinemia
- Hipopituitarismo
- Síndrome de Sheehan
- Craneofaringioma
- Radioterapia holocraneal
- Lesiones craneales
- Sarcoidosis y tuberculosis

Causas sistémicas

- Diabetes y lupus
- Trastornos endocrinos (síndrome de Cushing, patología tiroidea)

Drogas y fármacos

- Cocaína y opiáceos
- Fármacos psicótropos
- Progesterona y análogos de la GnRh

Fuente: Hickey M, Balen A. *Menstrual disorders in adolescence: investigation and management. Hum Reprod update. 2003; 9: 493-504. Tomada de Protocolos SEGO. Amenorrea primaria y secundaria.*

caracteres sexuales secundarios, o a los 14 años en ausencia de caracteres sexuales secundarios. El 60% de los casos se debe a anomalías genéticas que afectan al desarrollo genital, y el 40% a trastornos endocrinos. La **amenorrea secundaria** se define como la desaparición de la regla durante más de 6 meses⁽¹¹⁾.

Las principales causas de amenorrea quedan reflejadas en las tablas III y IV, y se superponen en ambos tipos de amenorrea, aunque la gran mayoría se reducen a los diagnósticos de: síndrome del ovario poliquístico (SOP), hiperpro-

lactinemias, fallo ovárico prematuro (FOP) y amenorrea hipotalámica.

El Grupo de Interés de Endocrinología Reproductiva (GIER) para el diagnóstico de las amenorreas, en el año 2010 estableció una clasificación de las amenorreas en función del área anatómica etiológica y, de esta manera, se clasificaron en: central (hipotálamo-hipofisario), gonadal (ovárico) o genital (útero-vaginal)⁽¹²⁾.

Sobre estas bases, se propone un **algoritmo diagnóstico** simplificado de las amenorreas.

La amenorrea primaria es menos frecuente que la secundaria y exige un estudio completo en el que la exploración general y el estadije del desarrollo puberal cobran especial relevancia^(3,13).

- Desarrollo puberal normal con talla y peso normales, es sospechoso de malformación anatómica del útero o vagina: atresia de himen, himen imperforado, septo vaginal, agenesia de útero y/o vagina (síndrome de Rokitansky o síndrome de Morris o de feminización testicular o de insensibilidad a andrógenos). Complementar la exploración ginecológica con ecografía y/o RMN; en ocasiones, se precisa estudio hormonal y cariotipo.
- Retraso puberal: retraso puberal temporal, fallo hipotálamo-hipofisario (hipogonadismo hipogonadotropo) o fallo periférico (hipogonadismo hipergonadotropo). Estudios complementarios en función de la evolución. Es importante valorar la evolución mediante estadios de Tanner.
- Infantilismo: ausencia de desarrollo sexual a los 15-16 años (estadio Tanner I). Son necesarias determinaciones hormonales, exploraciones radiológicas de cráneo (Rx, TAC, RNM) y análisis cromosómico. La causa puede ser central: tumores hipofisarios (prolactinoma o craneofaringioma) o de origen hipotalámico (síndrome de Kallman) o gonadal, disgenesias gonadales que cursan con insuficiencia ovárica primaria (cromosómicas, importante el diagnóstico de cromosomopatía asociada a la presencia de cromosoma Y) o secundaria a tratamientos oncológicos (quimio o radioterapia).
- Infantilismo y bajo peso: valorar trastornos de la imagen corporal

(anorexia y bulimia) o por anamnesis, deportistas de alto nivel, con importante disciplina diaria y control dietético.

- Virilización y/o hirsutismo: complementar la exploración y la ecografía con estudio androgénico y cariotipo. Sospecha etiológica de: hiperplasia suprarrenal, tumores virilizantes y alteraciones cromosómicas asociadas a la presencia de cromosoma Y.

En todos los casos de amenorrea primaria, el tratamiento es etiológico, tratar la causa responsable.

La amenorrea secundaria es mucho más frecuente que la primaria y las causas más frecuentes de aparición en la adolescencia están relacionadas con: el estrés físico o psíquico, los trastornos de la alimentación y su efecto en el peso, el ejercicio físico intenso (atletas de competición, estudiantes de danza...) y el síndrome del ovario poliquístico (SOP). Siempre, antes de iniciar el estudio de amenorrea secundaria, si la adolescente mantiene relaciones sexuales, se debe valorar la posibilidad de embarazo^(2,4,10,11).

La anamnesis, la exploración física, el estudio hormonal y la ecografía ginecológica suelen ser las pruebas más utilizadas para llegar al diagnóstico.

Las amenorreas hipotalámicas por estrés se sospechan tras una anamnesis dirigida, en la que la adolescente refiere una etapa personal de inquietud o preocupación, o la realización de actividades físicas intensas. En los trastornos de la conducta alimentaria, puede ser que la adolescente no lo verbalice, pero sí la familia, o puede sospecharse tras realizar el cálculo del IMC. En las amenorreas hipotalámicas, la ecografía no muestra patología y la analítica hormonal muestra un hipoestronismo secundario a la falta de estímulo gonadotrópico. El tratamiento es etiológico, aunque en algunas situaciones de trastornos alimentarios, si tras la recuperación de peso persiste la amenorrea a lo largo del tiempo, puede ser necesaria la instauración de terapia hormonal sustitutiva⁽¹¹⁾.

El síndrome del ovario poliquístico (SOP) presenta una prevalencia entre un 8-26% en la adolescencia. Puede presentarse de múltiples formas: sangrado menstrual infrecuente, hiperandrogenismo clínico (acné y/o hirsutismo, de intensidad variable) y, en ocasiones,

obesidad o sobrepeso. La analítica hormonal típica refleja anovulación e hiperandrogenismo y, en algunos casos, resistencia a la insulina. La ecografía ayuda al diagnóstico, en especial, si los ovarios presentan la estructura característica. El tratamiento debe ser individualizado. Si existe hiperandrogenismo clínico, puede ser necesario el tratamiento hormonal combinado con gestágenos antiandrogénicos (acetato de ciproterona, dienogest o drospirenona) o la espironolactona. En los casos de resistencia a la insulina, puede estar indicada la utilización de fármacos insulinosensibilizantes (metformina[®]) y, en los casos en los que exista un IMC elevado, es fundamental la pérdida de peso y la realización de ejercicio físico^(3,10,11).

El fallo ovárico prematuro (FOP) se diagnostica como un hipogonadismo hipergonadotropo y en la ecografía no se visualizan folículos ováricos. Ocasiona una importante repercusión para la salud y el futuro reproductivo de la adolescente, así como un aumento de la mortalidad de hasta dos veces. Se debe pensar en la asociación especialmente en pacientes que han recibido tratamientos oncológicos (agentes alquilantes y/o radioterapia pélvica). El tratamiento será la terapia hormonal de sustitución con el uso de estrógenos y gestágenos^(3,11).

Sangrado menstrual abundante

El sangrado menstrual abundante (SMA) es frecuente en la adolescencia, al estar relacionado con la inmadurez del eje HHO y la anovulación. Es una causa frecuente de anemia en la adolescente.

La *American Academy of Pediatrics* (AAP) recomienda tratar la menstruación como una constante vital más en las visitas rutinarias. Hay que tener en cuenta que, en el primer año tras la menarquia, la menstruación no debe tener una periodicidad inferior a los 45 días. Con la edad, la menstruación se va regularizando; al tercer año tras la menarquia, el periodo suele ser de 21-35 días, con una duración de la menstruación de 3-7 días. Normalmente, la duración del ciclo de una adolescente se establece a los 19-20 años de edad⁽¹⁴⁾.

El sangrado menstrual abundante (SMA) puede ser prolongado en cuanto

a duración, abundante en cuanto a cantidad o de características irregulares, y acontece sin tener relación con una patología sistémica o un sustrato anatómico. En la mayoría de casos, el problema subyace en una inmadurez del eje HHO que origina anovulación, y produce SMA en la base de un endometrio proliferativo que no tiene la acción estabilizadora de la progesterona producida en la ovulación⁽¹⁵⁾.

Las hemorragias irregulares, en concreto las provocadas por anovulación, pueden ser prolongadas y abundantes. Sin embargo, en las pacientes con una menstruación regular y cíclica que presenten un sangrado prolongado y/o abundante, se debe sospechar una causa hematológica. La enfermedad de von Willebrand y los trastornos de la coagulación pueden suponer entre 13 y el 44% respectivamente, de las pacientes con sangrado menstrual lo suficientemente abundante como para justificar la hospitalización⁽¹⁶⁾.

Es importante en el estudio del SMA, preguntar por: episodios de epistaxis, equimosis o sangrados excesivos durante alguna cirugía, así como antecedentes familiares que revelen alguna alteración de la coagulación, hepática (factores de coagulación y metabolismo estrogénico) o renales que puedan interferir en la función plaquetaria. Se sabe que una disminución en la filtración glomerular, produce una elevación de la prolactina que conlleva a la anovulación. Además, existen enfermedades autoinmunes, como el lupus o la artritis reumatoide juvenil, que se han asociado con mayor frecuencia a sangrados disfuncionales^(17,18).

Ante pacientes sexualmente activas, hay que tener en cuenta la posibilidad de etiología infecciosa que condicione una infección pelviana, como la que produce *Chlamydia* o *Gonococo*. Con mucha menor frecuencia en esta etapa, la etiología puede estar relacionada con la existencia de pólipos endometriales que pueden valorarse mediante exploración ginecológica⁽¹⁹⁾.

El tratamiento está determinado por la gravedad del caso. En los casos leves, se recomienda dieta rica en alimentos con hierro o aporte de hierro, y valoración de los ciclos mediante calendario menstrual, con el fin de conocer el patrón de sangrado en ciclos posteriores. Los AINE han demostrado ser más efi-

caces que el placebo en el control del sangrado menstrual, al tiempo que mejoran la dismenorrea si coexiste. Si no hay respuesta terapéutica o es inadecuada, se puede utilizar el ácido tranexámico (Amchafibrin® 500 mg), antifibrinolítico que actúa interrumpiendo la cascada de la coagulación: 1 g/6-8 h por vía oral, durante 3-5 días, hasta 22 g de dosis total. Disminuye el sangrado entre un 40-50% en las pacientes con SMA y puede administrarse conjuntamente con tratamiento hormonal combinado⁽²⁰⁾. En aquellos casos graves o prolongados en los que no se controla el sangrado con el antifibrinolítico, y con repercusión sistémica, se inicia tratamiento hormonal combinado con 1 comp/12 h hasta que cese, manteniendo posteriormente el tratamiento con 1 comp/24 h durante un periodo de tiempo, bien pauta continua o cíclica. Es posible el uso de tratamiento con gestágenos en caso de que los estrógenos estén contraindicados, o añadir gestágenos en la segunda parte del ciclo de forma secuencial. En casos excepcionales en los que la terapia hormonal combinada a 1-2 comp/día no controle el sangrado, la terapia hormonal puede aumentarse a 3-4 comp/día con disminución gradual en las siguientes 2 semanas. En los casos graves, pacientes que presenten hemorragias continuas,

síncope o mareo, así como en aquellas cuya hemoglobina sea <7-8 g/dl, será preciso el ingreso hospitalario⁽²⁰⁻²²⁾.

Dismenorrea

La dismenorrea tiene un efecto negativo en la calidad de vida de la adolescente, repercutiendo en su desarrollo personal. Está relacionada con la ovulación. En general, presenta buena respuesta a los AINE.

La dismenorrea se define como el dolor que precede y/o acompaña a la menstruación, de intensidad y sintomatología acompañante variable (cefalea, diarrea, náuseas, vómitos, mareos...), pero que puede interferir en la calidad y hábitos de vida normales, como ir a la escuela u otras actividades. Puede afectar al 20-60% de la población adolescente según los autores, siendo los casos de afectación severa y limitante un 10-15%^(2,10,23).

La dismenorrea se clasifica en primaria o secundaria. La dismenorrea primaria es la forma más frecuente de presentación en la adolescente. La fisiopatología está en relación con el periodo postovulatorio: tras la ovulación, el descenso de progesterona induce la síntesis de prostaglandinas a nivel endometrial, que producen vasoconstricción, isque-

Tabla V. Tratamiento de la dismenorrea primaria

	Fármaco	Régimen
AINE (hasta 5 días)	Ibuprofeno	- 400-600 mg cada 6-8 h
	Naproxeno	- 550 mg dosis inicial, posteriormente 275 mg cada 6 h
	Celecoxib*	- 400 mg dosis inicial, posteriormente 200 mg cada 12 h o a demanda
Anticonceptivos hormonales	Anticoncepción combinada oral / Anillo vaginal	- Pauta clásica 21+7 - Pauta 24+4
	Método solo gestágeno	- ADMP 150 mg IM cada 3 meses - DIU-LNG 3 o 5 años - Implante etonogestrel 3 años
Agonistas GnRh	Leuprolida de liberación prolongada	- 11,25 mg IM cada 3 meses

*Este medicamento puede provocar episodios cardiovasculares y gastrointestinales graves. Se debe utilizar con precaución en pacientes con insuficiencia renal o hepática, insuficiencia cardíaca, antecedentes de hemorragias o úlceras digestivas.

ADMP: acetato de medroxiprogesterona de liberación prolongada;
AINE: antiinflamatorios no esteroideos.

mia y dolor a nivel uterino, y la contracción del músculo liso, explicando así mismo la coexistencia de otros síntomas gastrointestinales acompañantes. En general, no suele coincidir con la menarquia, sino que aparece tiempo después, cuando los ciclos menstruales comienzan a ser ovulatorios.

La dismenorrea secundaria tiene su origen en otras patologías subyacentes, alteraciones anatómicas o infecciones pélvicas. En el caso de las adolescentes, la causa más frecuente de dismenorrea secundaria es la endometriosis⁽²⁴⁾.

El tratamiento de la dismenorrea primaria debe ir orientado a la disminución del exceso de prostaglandinas, siendo los AINE el primer escalón terapéutico, recomendando el inicio de la toma un día antes del inicio de la menstruación. Si a pesar del tratamiento con dosis óptimas de AINE persiste el dolor o si se precisa anticoncepción, la terapia hormonal puede mejorar de forma eficaz la dismenorrea (Tabla V). En el caso de la dismenorrea secundaria, el tratamiento será etiológico.

Trastorno disfórico premenstrual y síndrome premenstrual

Las alteraciones del estado de ánimo relacionadas con el ciclo menstrual no son frecuentes en la adolescencia. Se valorará la necesidad de tratamiento hormonal o antidepressivo.

El trastorno disfórico premenstrual (TDPM) aparece en el 2-6% de las mujeres con menstruación del mundo y ha sido incluido en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 5ª ed. (DSM-5). El TDPM se engloba dentro de los trastornos depresivos y tiene como característica su momento de presentación en relación al ciclo menstrual. Los síntomas de ansiedad y de estado de ánimo depresivo comienzan en la segunda fase del ciclo, tras la ovulación, con mejoría importante de estos cuando acontece la menstruación. Esta entidad produce malestar general y deterioro funcional significativo, y además puede ir acompañada de síntomas físicos y conductuales. Es importante diferenciar entre el TDPM y el síndrome premenstrual (SPM) que tiene una incidencia mucho mayor, en

torno al 30% de las adolescentes, y no tiene la misma repercusión ni gravedad a nivel afectivo. Casi la mitad de las pacientes que refieren síntomas que se encuadran dentro del SPM no cumplen criterios diagnósticos de TDPM⁽²⁵⁾.

Se necesitan más datos que avalen la eficacia de los métodos anticonceptivos hormonales como tratamiento del SPM, sobre todo en adolescentes, pero sí es cierto que algunos expertos recomiendan este tratamiento si, además, son pacientes que sufren dismenorrea o necesitan anticoncepción. En el caso de SPM y TDPM graves, hay evidencia de que el uso de inhibidores de recaptación de la serotonina (ISRS) constituye la primera línea de tratamiento en mujeres adultas. Tienen un inicio de acción rápido, por lo que pueden prescribirse de forma continua o intermitente, comenzando con la ovulación (o con el inicio de los síntomas en la fase lútea) e interrumpiendo cuando ceda la sintomatología. El tratamiento indicado en adolescentes es el mismo que en población adulta, por ejemplo: fluoxetina 20 mg/día vía oral.

Función del pediatra de Atención Primaria

El pediatra de Atención Primaria establece contacto con sus pacientes desde los primeros días de vida, por lo que se encuentra con la ventaja de tener una estrecha relación con ellos y sus familias. El control del crecimiento y desarrollo que realiza a lo largo de los años, le ofrece la posibilidad de estar en condiciones de detectar alteraciones en el desarrollo puberal de la niña al inicio de la adolescencia. Es fundamental conocer la cronología del desarrollo puberal y sus posibles variaciones, y la asociación que pueden presentar ciertas enfermedades sistémicas o anomalías genéticas o cromosómicas con alteraciones del desarrollo puberal o del ciclo menstrual, para sospechar la existencia de patología en la evolución de la pubertad.

Si no se ha producido la menarquia a los 14 años con ausencia de caracteres sexuales secundarios o a los 16 años con presencia de estos, es preciso remitir a estudio endocrinológico y/o ginecológico por amenorrea primaria. No es recomendable demorar la derivación, por presentar una alta asociación con la

existencia de patología, excepto en los cuadros de retraso del desarrollo y constitucional, en cuyo caso existen antecedentes familiares. Las alteraciones del ciclo menstrual son muy comunes en los primeros años tras la menarquia, especialmente durante el primer año, por lo que ante su presencia, hay que tranquilizar a la adolescente y familia, informando que a medida que se produzca la maduración del eje HHO se resolverán sin precisar tratamiento en la mayoría de los casos. Ante amenorreas prolongadas o si van acompañadas de signos clínicos de hiperandrogenismo, es conveniente remitir a consulta de Endocrinología y/o Ginecología por alta sospecha de patología ovárica o adrenal. Es preciso tener en cuenta la influencia que puede tener el estrés físico o psíquico en el ciclo menstrual e investigar sobre su posible relación.

En los casos en los que las alteraciones del ciclo menstrual sean por exceso, hay que valorar si cumplen criterios de sangrado menstrual abundante, realizar analítica y desde Atención Primaria iniciar el tratamiento de los de intensidad leve y el control evolutivo. La mayor parte de los cuadros clínicos están relacionados con anovulación y se resolverán con la maduración del eje HHO. Los casos de intensidad más severa con repercusión clínica o analítica, los que no muestran mejoría tras tratamiento con AINE o antifibrinolíticos, o los que se prolongan en el tiempo, requieren estudio y tratamientos más específicos.

La dismenorrea es un síntoma frecuente en la adolescencia, más típico tiempo después de la menarquia, ya que está relacionada con la presencia de ciclos ovulatorios. Suele presentar buena respuesta a los tratamientos con diferentes AINE. En los casos de dismenorrea severa o los que no muestran mejoría con una pauta adecuada de analgesia, es recomendable realizar valoración ginecológica para descartar patología orgánica. Los cuadros severos presentan buena respuesta a la terapia hormonal.

El SPM no es frecuente en la adolescencia, pero desde Atención Primaria se puede sospechar su diagnóstico ante la presencia de sintomatología ansiosa o depresiva directamente relacionada con la etapa postovulatoria y que mejora tras la menstruación. En los casos severos, puede ser preciso iniciar terapia

hormonal o ISRS, por lo que habría que valorar su derivación a Ginecología o Psiquiatría.

Conflicto de intereses

No hay conflicto de interés en la elaboración del manuscrito.

Bibliografía

Los asteriscos reflejan el interés del artículo según los autores.

- 1.*** Protocolos SEGO. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Entrevista y exploración en ginecología en la adolescencia. Actualizado en enero de 2013. Gynecological history-taking and physical examination in adolescents. Prog Obstet Ginecol. 2014; 57: 375-9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pog.2014.05.003>.
- 2.** Curell Aguilà N, Parera Junyent N. Exploración ginecológica de la adolescente. Trastornos del ciclo menstrual (sangrado infrecuente o ausente, sangrado excesivo, dismenorrea). Adolescere. 2019; VII: 6-15.
- 3.*** Rodríguez Jiménez MJ, Curell Aguilà N. El ciclo menstrual y sus alteraciones. Pediatr Integral. 2017; XXI: 304-11.
- 4.* Mancini F, Martínez F, Tur R. Estudio y tratamiento de las amenorreas hipotálamo-hipofisarias. Prog Obstet Ginecol. 2017; 60: 495-504.
- 5.*** Ginecología Pediátrica. Documentos de Consenso SEGO 2017. Coordinador: Cancelo Hidalgo MJ. Miembros: Parera i Junyent N, Almansa González C, Rodríguez Jiménez MJ, Hernández de la Calle I.
- 6.* Tanner JM. Growth at adolescence. 2ª ed. Oxford: Blackwell; 1962.
- 7.* Avilés Vistorte Y, Tallón Guerola P, Calabuig Barbera E, Rojas Blandón JF. Ecografía ginecológica en la infancia y adolescencia. Radiología. 2016; 58: 1549.
- 8.* Committee Opinion No. 651 Summary: Menstruation in Girls and Adolescents: Using the Menstrual Cycle as a Vital Sign. Obstet Gynecol. 2015; 126: 1328.
- 9.* Adams PJ. Menstruation in Adolescents: What's normal? Medscape J of Med. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2644006/>.
- 10.*** Curell Aguilà N. Normalidad y alteraciones de la menstruación en adolescentes. Pediatr Integral. 2013; XVII: 161-70.
- 11.*** Protocolo SEGO. Amenorrea primaria y secundaria. Sangrado infrecuente. Actualizado en febrero de 2013. Protocolo SEGO. Primary and secondary amenorrhea. Infrequent bleeding. Prog Obstet Ginecol. 2013; 56: 387-92.
- 12.* Tur R, Fontes J, Salvador C, Manzanares MA, Herrero J, Graña M, et al. Consenso de Granada del Grupo de Interés de Endocrinología Reproductiva (GIER) para el diagnóstico de las amenorreas. Rev Iberoam Fert Rep Hum. 2011; 28: 35-43.
- 13.*** Ascaso Matamala AM, Guerrero-Fernández J, Bueno Lozano G, Rodríguez Contreras FJ. Pubertad retrasada. Hipogonadismo en el niño mayor y adolescente. Cap. 24. En: EndocrinoPEDiá. 2021.
- 14.*** American Academy of Pediatrics. Menstruation in girls and adolescents: using the menstrual cycle as a vital sign. Pediatrics. 2016. p. 137.
- 15.*** La Cour D, Long D, Perlman S. Dysfunctional Uterine Bleeding in adolescent females associated with endocrine causes and medical conditions. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2010; 23: 62-70.
- 16.* Khamees D, Klima J, O'Brien SH. Population screening for von Willebrand disease in adolescents with heavy menstrual bleeding. J Pediatr. 166: 195-7, 2015.
- 17.* Ostensen M, Almqvist K, Koksvik H. Sex, reproduction, and gynecological disease in young adults with a history of juvenile chronic arthritis. J Rheumatol. 2000; 27: 1783-7.
- 18.* Pasto SG, Mendonca BB, Bonfa E. Menstrual disturbances in patients with systemic lupus erythematosus without alkylating therapy: clinical, hormonal and therapeutic associations. Lupus. 2002; 11: 175-80.
- 19.* Noorhasan DJ, Weiss G. Perimenarchal menorrhagia: evaluation and Management. J Pediatr. 2010; 156: 162.
- 20.*** Wilkinson J, Kadir R. Management of abnormal uterine bleeding in adolescents. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2010; 23: S22-30.
- 21.*** American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Committee Opinion No 557: Management of acute abnormal uterine bleeding in nonpregnant reproductive-aged women. Obstet Gynecol. 2013; 121: 891-6.
- 22.** Haamid F, Sass AE, Dietrich JE. Heavy menstrual bleeding in adolescents, J Pediatr Adolesc Gynecol. 2017; 30: 335-40.
- 23.** Ryan SA. The treatment of dysmenorrhea. Pediatr Clin North Am. 2017; 64: 331-42.
- 24.** Youngster M, Laufer MR, Divasta AD. Endometriosis for the primary care physician. Curr Opin Pediatr. 2013; 25: 454-62.
- 25.** Hofmeister S, Bodden S. Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. Am Fam Physician. 2016; 94: 236-40.

Bibliografía recomendada

- Ginecología Pediátrica. Documentos de Consenso SEGO 2017. Coordinador: Cancelo Hidalgo MJ. Miembros: Parera i Junyent N, Almansa González C, Rodríguez Jiménez MJ, Hernández de la Calle I. Introducción básica a la fisiología y patología ginecológica de la niña y la adolescente, fundamental tanto para ginecólogos como pediatras, con la participación del Grupo de Ginecología de la Infancia y la Adolescencia de la SEGO.
- Guía de Atención Ginecológica en la Infancia y Adolescencia. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. 2013. Guía esencial en consulta de ginecología infantojuvenil y de Pediatría del adolescente. Los capítulos analizados recogen las patologías que son motivo de consulta más frecuente. Guía concisa, de fácil manejo, con enfoque diagnóstico y terapéutico.
- Argente Oliver J, Soriano Guillén L. Manual de Endocrinología Pediátrica. 2ª ed. Madrid. Ergon. 2014. Manual de Endocrinología Pediátrica, fundamental para el conocimiento de esta área, de lectura comprensible y ágil. Los algoritmos diagnóstico-terapéuticos son de gran interés para su aplicación en la práctica diaria.
- Web de Endocrinología pediátrica. Disponible en: <http://www.webpediatrica.com/endocrinoped/endocrinopedia.php>. Página Web en constante actualización sobre la Endocrinología Pediátrica. Fácil manejo y muy buena orientación diagnóstica y terapéutica. Muy buena documentación.
- Hidalgo Vicario MI, Rodríguez Molinero L, Muñoz Calvo MT. Medicina de la adolescencia. Atención integral (3ª ed.). SEMA. Ergon. 2021. Obra muy completa y dirigida exclusivamente a la adolescencia y en la que se abordan múltiples patologías relacionadas con esta etapa. Importante participación de profesionales de distintas áreas y recientemente actualizada.



Cuestionario de Acreditación

Los Cuestionarios de Acreditación de los temas de FC se pueden realizar en "on line" a través de la web: www.sepeap.org y www.pediatrintegral.es. Para conseguir la acreditación de

formación continuada del sistema de acreditación de los profesionales sanitarios de carácter único para todo el sistema nacional de salud, deberá contestar correctamente al 85% de las preguntas. Se podrán realizar los cuestionarios de acreditación de los diferentes números de la revista durante el periodo señalado en el cuestionario "on-line".

Caso clínico

Motivo de consulta

Paciente de 16 años remitida por amenorrea primaria. Refiere desarrollo de caracteres sexuales secundarios (mama y vello). No hay otra sintomatología asociada.

Antecedentes personales

Reflujo vesicoureteral unilateral izquierdo. Sin intervenciones quirúrgicas. Sin medicación actual. Estudiante de 1º de bachillerato. Buen rendimiento académico. Buena alimentación. No practica deporte.

Antecedentes familiares

1 hermano menor sano. Padres sanos. Madre menarquia a los 12 años.

Exploración física y ginecológica

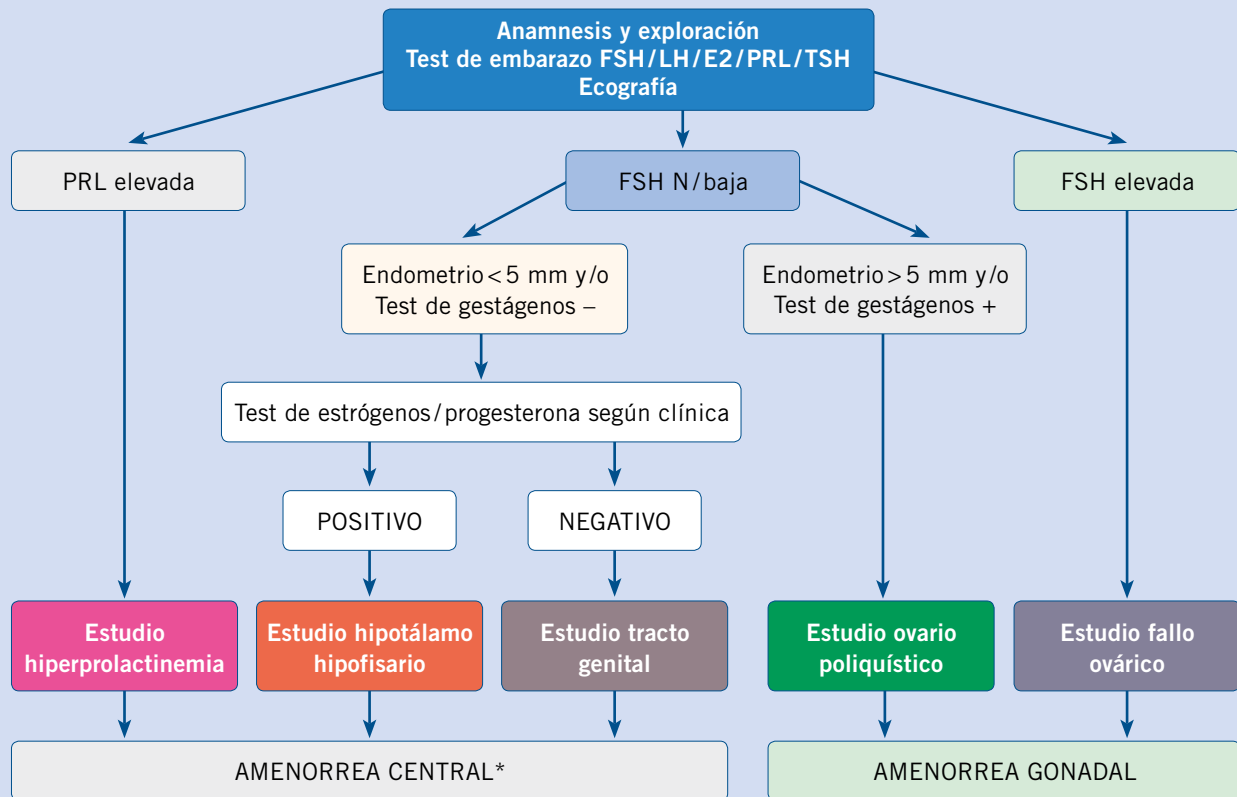
Peso: 59,5 kg. Talla: 169 cm. IMC: 20,83 kg/m². Distri-

bución de grasa femenina. Mamas estadio Tanner IV. Vello axilar y pubiano estadio IV. Exploración ginecológica: vulva sin anomalías. Sin alteraciones perineales. Clítoris y uretra normal. Tabique himeneal, transversal. Hirsutismo leve abdominal y en zona sacra. Ecografía ginecológica abdominal: no se visualiza útero mediante esta técnica. Ovario derecho bien visualizado con folículos 38 x 18 mm. Ovario izquierdo: se visualiza con dificultad 24 x 17 mm.

Exploraciones complementarias

Analítica: FSH: 4,3 mUI/mL; LH: 5,8 mUI/mL; E: 177 pg/mL; Prog.: 11,5 ng/mL. Cariotipo 46 XX; RMN: ausencia completa de útero y de la mayor parte de vagina, salvo un pequeño esbozo o muñón del extremo distal de vagina y vestíbulo vaginal con aspecto normal de la región de labios y vulva.

Algoritmo diagnóstico de las amenorreas (GIER 2010)



El **test de gestágenos** se realiza mediante la administración de acetato de medroxiprogesterona 10 mg/día vía oral, 5 días o progesterona natural micronizada 200 mg/día vía oral, 5 días. Hemorragia de privación. Interpretación:

- Positivo: canal genital intacto.
- Negativo: canal genital alterado o no preparación suficiente para la proliferación endometrial.

El **test de estrógenos-progesterona** se realiza mediante la administración de valerato de estradiol 4 mg/día vía oral, 3 semanas + progesterona natural micronizada 300 mg/día vía oral los 10 últimos días o preparado combinado vía oral de valerato de estradiol 2 mg 3 semanas + 10 días últimos norgestrel 0,50 mg. Hemorragia de privación. Interpretación:

- Positivo: estado hipuestrogénico gonadal o hipotálamo-hipofisario.
- Negativo: alteraciones del tracto genital.

**Excepto anomalías del tracto genital inferior (vaginal vulva), estos casos serán una amenorrea genital en la que el endometrio puede estar > 5 mm.*



Cuestionario de Acreditación

A continuación, se expone el cuestionario de acreditación con las preguntas de este tema de *Pediatría Integral*, que deberá contestar "on line" a través de la web: www.sepeap.org.

Para conseguir la acreditación de formación continuada del sistema de acreditación de los profesionales sanitarios de carácter único para todo el sistema nacional de salud, deberá contestar correctamente al 85% de las preguntas. Se podrán realizar los cuestionarios de acreditación de los diferentes números de la revista durante el periodo señalado en el cuestionario "on-line".

Exploración ginecológica y alteraciones más frecuentes del ciclo menstrual

- En la atención en consulta de Ginecología infantojuvenil, ¿cuál es la respuesta CORRECTA?
 - Es recomendable la valoración en sala de exploración, tanto en la niña como en la adolescente a solas, para que pueda expresar las inquietudes que no ha podido realizar mientras estaba acompañada.
 - Para que la exploración ginecológica sea adecuada, la exploración vaginal en adolescentes es imprescindible siempre.
 - La posición de la rana es de elección para la exploración ginecológica en jóvenes adolescentes.
 - La exploración de la mama es importante para una clasificación por estadios de Tanner, especialmente en niñas obesas.
 - La ecografía ginecológica abdominal es de elección para el estudio del aparato genital interno en pacientes jóvenes.
- Respecto a la amenorrea secundaria, ¿cuál es la respuesta INCORRECTA?
 - Es muy frecuente en la adolescencia y, en general, tiene asociación con alteraciones genéticas.
 - La anamnesis, la exploración física, el estudio hormonal y la ecografía ginecológica suelen ser las pruebas más utilizadas para llegar al diagnóstico.
 - Las amenorreas de causa hipotálamica son causa etiológica en un porcentaje importante de casos.
 - Se debe valorar el diagnóstico de SOP (síndrome de ovario poliquístico) ante la presencia de amenorrea secundaria asociada a hiperandrogenismo, aunque también puede ser causa de amenorrea primaria.
 - En el caso de la adolescente con relaciones sexuales, se debe valorar la posibilidad de embarazo antes de iniciar el estudio.
- ¿Qué fármaco NO tiene utilidad en el tratamiento del sangrado menstrual abundante?
 - Ácido tranexámico.
 - Naproxeno.
 - Paracetamol.
 - Hierro.
 - Estrógenos y gestágenos.
- Respecto a la dismenorrea, ¿cuál es la respuesta CORRECTA?
 - El término de dismenorrea hace referencia exclusivamente al dolor que acompaña a la menstruación.
 - La dismenorrea secundaria es la forma más frecuente de presentación en la adolescencia, por lo que se debe investigar la causa.
 - La dismenorrea primaria está en relación con la secreción de prostaglandinas y su acción a nivel uterino.
 - El tratamiento de elección de la dismenorrea primaria es la terapia hormonal.
 - Es una patología de escasa prevalencia en la adolescencia.
- ¿Qué respuesta NO es correcta, respecto al síndrome premenstrual (SPM) y el trastorno disfórico premenstrual (TDPM)?
 - Se caracterizan por estados de ánimo depresivos.
 - La sintomatología está asociada con la ovulación y la etapa posterior a ella.
 - En la adolescencia es más frecuente el SPM que el TDPM.
 - El tratamiento de elección es la progesterona.
 - Puede tratarse con inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS).

Caso clínico

- Simplemente con la anamnesis inicial, ¿QUÉ entidad descartamos?
 - Síndrome de Morris o feminización testicular.
 - Síndrome de ovario poliquístico (SOP).
 - Síndrome de Rokitansky.
 - Fallo ovárico prematuro (FOP).
 - Ninguna de ellas.
- Tras el estudio realizado y con los datos aportados, ¿cuál sería el DIAGNÓSTICO definitivo?
 - Síndrome de Morris o feminización testicular.
 - Síndrome de ovario poliquístico (SOP).
 - Síndrome de Rokitansky.
 - Fallo ovárico prematuro (FOP).
 - Es preciso ampliar el estudio.
- ¿Cuál de las propuestas NO es necesaria en esta paciente?
 - Apoyo psicológico.
 - Información sobre repercusión del cuadro clínico en su sexualidad y reproducción.
 - Técnica quirúrgica vaginal.
 - Técnica quirúrgica gonadal.
 - Todas ellas son necesarias.