

11237

15



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO  
"FEDERICO GOMEZ"

GINECOLOGIA DEL ADOLESCENTE.  
HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO "FEDERICO  
GOMEZ". PERIODO COMPRENDIDO:  
1° ENERO A 31 DICIEMBRE DE 1999.



SUBDIRECCION DE  
ENSEÑANZA

2000

276595

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

**P E D I A T R I A   M E D I C A**

**P R E S E N T A :**

**DRA.   MITZI   BELLO   BENAVIDES**



STUTOR: DRA. ELIZABETH VELARDE JURADO

MEXICO, D. F.

FEBRERO 2000



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO  
"FEDERICO GOMEZ".**

**GINECOLOGIA DEL ADOLESCENTE.  
HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO "FEDERICO GOMEZ"  
PERIODO COMPRENDIDO: 1º ENERO AL 31 DICIEMBRE DE 1999.**

**T E S I S  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
PEDIATRIA MEDICA  
PRESENTA:**



**SUBDIRECCION DE  
ENSEÑANZA**

**2000**

**DRA. MITZI BELLO BENAVIDES.**

**DRA. ELIZABETH VELARDE JURADO  
MEDICO ADSCRITO AL DEPTO.  
DE PSIQUIATRIA Y MEDICINA DEL  
ADOLESCENTE.**

**MEXICO D. F.**

**FEBRERO 2000.**

# **G R A C I A S:**

**A DIOS, POR DARME LA VIDA  
PARA SERVIR.**

**A MIS PADRES  
ERUNDINO Y EVA POR  
BRINDARME SIEMPRE  
SU COMPRESION,  
APOYO Y CARIÑO.**



---

**SUBDIRECCION DE  
ENSEÑANZA**

**2000**

**A MIS HERMANAS LAURA Y  
EVA, POR QUERERME Y  
APOYARME.**

**A TODOS LOS NIÑOS  
DEL HOSPITAL  
INFANTIL DE MEXICO,  
POR SUS ENSEÑANZAS.**

**A LA DRA. ELIZABETH  
VELARDE, POR SU VALIOSA  
ASESORIA.**

**INDICE:**

**PAGINA.**

<b>INTRODUCCION</b> .....	<b>1</b>
<b>JUSTIFICACION</b> .....	<b>32</b>
<b>OBJETIVO</b> .....	<b>33</b>
<b>MATERIAL Y METODO</b> .....	<b>34</b>
<b>RESULTADOS</b> .....	<b>36</b>
<b>DISCUSION</b> .....	<b>37</b>
<b>CONCLUSIONES</b> .....	<b>38</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	<b>39</b>
<b>CUADROS Y DIAGRAMAS</b> .....	<b>42</b>

## INTRODUCCION.

*Considerando que la medicina de adolescentes debe ser incluida como un módulo en el pregrado en las escuelas de medicina, donde se enseñaría lo básico de la historia clínica, crecimiento y desarrollo, aspectos psicosociales, detección de factores de riesgo en lo biológico y social y se proporcionaría estilos de vida sana. Además de que en los estudios de postgrado estaría incluida en las especialidades de pediatría, ginecología y obstetricia y en medicina interna (1).*

*De acuerdo con la idea de que la adolescencia es un periodo de transición, los desafíos que afronta el adolescente común se consideran tareas del desarrollo; estas incluyen cambios fisiológicos y anatómicos relacionados con la pubertad y la integración de una madurez sexual en un estudio personal de comportamiento, el alejamiento progresivo de los padres y la familia y el establecimiento de una identidad individual enriquecida, y el desarrollo de potenciales para actividades ocupacionales y de esparcimiento.*

*La definición de la adolescencia en función de indicadores operativos varia según los objetivos de cada estudio. Con el fin de estudiar los riesgos para la salud, el criterio responde a los requisitos de investigación epidemiológica y programación de los servicios de salud. Según la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia ocurre en el segundo decenio de la vida entre los 10 y 19 años de edad y existe diferencia entre la etapa temprana 10 a 14 años y la tardía 15 a 19 años.*

*Los programas de salud de los adolescentes se caracterizan por su importante dimensión psicosocial y una reducida proporción de problemas orgánicos. Sin embargo el hecho de que los adolescentes crean en su poder e inmortalidad los lleva muchas veces a olvidarse de sus limitaciones y arriesgar la vida.*

*Los problemas de salud de los adolescentes suelen ser muy distintos de los que surgen en otras edades. Las tasas de mortalidad y morbilidad en la adolescencia parecen ser bastante bajas en comparación con las observadas en otras etapas de la vida. La reducción de la prevalencia de enfermedades infecciosas ha disminuido mucho la morbilidad y mortalidad por riesgos ambientales pero, en el último decenio, los riesgos relacionados con la conducta parecen haber adquirido más importancia.*

*La evaluación del perfil de salud de los adolescentes esta enmarcada por sus amplias necesidades y exigencias en materia de salud. Esta evaluación permite establecer distintas repercusiones en la salud para genero basadas en sus diferentes necesidades, creencias, patrones de conducta y consecuencias (2).*

*La necesidad de abordar la problemática de salud del adolescente, como un grupo de características propias, aunque no necesariamente uniforme, es algo bastante reciente en toda Latinoamérica, que no va más allá de las dos últimas décadas. Esto es debido a que el sector salud de nuestro país se ocupa fundamentalmente de la más temprana infancia dada la altísima mortalidad infantil existente que llevó al diseño de programas y estrategias para combatir este problema. A su vez la población adolescente por sus bajas tasas de mortalidad, se considero como una población fundamentalmente sana.*

*Y la definición tradicional de salud que entendía esta como la ausencia de enfermedad, contribuyo a reforzar esta creencia. Además el hecho de que la adolescencia, así como la juventud no pertenecen a ninguna especialidad médica tradicional, contribuyeron a que este grupo etario y sus necesidades dejaran de recibir la atención que solo el simple hecho de ser la población blanco de una especialidad les hubiese dado (3,4). Sin embargo el incremento en el número de adolescentes y las tasas de mortalidad y el carácter prevenible de muchas de las causas de morbi-mortalidad han llevado a los gobiernos e instituciones a poner atención y dirigir sus esfuerzos para satisfacer sus necesidades de este grupo etéreo en los diferentes ámbitos de su vida (4).*

*La tendencia de la mortalidad en adolescentes es ascendente en nuestro país a expensas de mujeres de 10 a 14 años. La tasa de mortalidad en el sexo masculino ya ha sido reportada previamente (son más altas en los hombres de 15 a 19 años), sin embargo las diferencias por sexo y edad se van estrechando, no por la disminución en algunos de los grupos, sino por el incremento del grupo de mujeres de 10 a 14 años, que antes tenían el nivel de mortalidad más bajo (4).*

*Cabe destacar que el número de consultas de mujeres duplica al de los varones, debido a la prevalencia en ellas de problemas de sexualidad y la reproducción (3).*

*Es en la pubertad cuando se inician los cambios significativos para pasar de niña a mujer y las dudas sobre estos temas surgen en nuestras pacientes, por lo que los médicos deben estar siempre atentos a estas inquietudes y platicar con sus pacientes adolescentes de una manera sencilla y practica, en un ambiente de confianza y con palabras de bajo impacto para que sean comprendidas tanto por las adolescentes como por los padres, brindando así atención médica de alta calidad y evitando los tabúes y fantasías culturales de nuestra población (5).*

*Sin embargo la forma poco eficaz de establecer contacto que tienen algunos para con los adolescentes, es que la palabra adolescente suele llevar por sí sola sugerencias que enturbian nuestras ideas, pues a veces se piensa en rebelión, falta de respecto o de cooperación, etc. Una de los pensamientos de Shakespeare decía: "Desearía que no hubiera las edades entre los trece y los veinte; o que la juventud pudiera dormir ese tiempo. Así pues entre tanto no hay nada más que tener criada con hijo, ofender a los viejos, robar y pelear".*

*Otro motivo para nuestro pensar poco claro es que nuestra reacción ante estos jóvenes tiene tendencia a ser afectada en forma adversa por nuestro propio pasado; y por conflictos nuestros que no resolvimos satisfactoriamente durante nuestra adolescencia.*

*Por este y otros motivos nuestras ideas sobre el adolescente no son tan claras y deseables como las que tenemos para pacientes de otras edades.*



*Vale la pena recapacitar ¿En que difieren los adolescentes?, ¿Cuáles son las sugerencias que proceden cuando nos hallamos ante ellos? Y ¿Cuáles son los puntos que sobre de ellos debemos tener presentes? (6).*

*En 1978, la American Academy of Pediatrics (AAP) task Force on Pediatric Education publicó recomendaciones relacionadas con los aspectos de asistencia de la salud para los adolescentes. Los estudios que se pusieron en conocimiento público en esa época indicaban que 66% de los pediatras consideraban contar con capacitación insuficiente en medicina para adolescentes y que muchos se sentían particularmente mal preparados para afrontar los asuntos relacionados con la ginecología.*

*En 1982 una encuesta efectuada entre los directores y los residentes pediátricos en Estados Unidos y Canadá, encontró un incremento de los conocimientos relacionados con los aspectos de salud de las adolescentes. Sin embargo solo el 50% de los graduados había efectuado más de 20 exploraciones pélvicas durante su residencia, 30% no había prescrito contraceptivos orales, 14% no había diagnosticado o tratado un caso de gonorrea y 24% no había realizado una valoración completa de amenorrea secundaria.*

*En 1984 Graves valoro a los residente de 6 especialidades de un gran Hospital urbano: medicina familiar, medicina interna, pediatría, medicina de urgencias, obstetricia y ginecología, medicina y pediatría combinadas. Los residentes de estos grupos se consideraron no preparados para afrontar los aspectos relacionados con la sexualidad, invalidez, endocrinología, planeación familiar y problemas psicosociales, aunque los residentes pediátricos se mostraron más confiados para la valoración endocrinológica y de la pubertad, no se sentían capaces en ginecología, estos hechos no se relacionan con la falta de interés de los diferentes prestadores de servicios (7).*

*En base a los anterior y considerando que la prestación de la asistencia de la salud con buenos resultados requiere atender las demandas del paciente a continuación se mencionaran algunos aspectos a consideran en la consulta de ginecología del adolescente.*

*¿Cómo se presentan los jóvenes en la etapa puberal?, habitualmente no acude solas, lo hacen acompañadas de su madre y más raramente con la abuela o el padre. No acuden a la consulta por su propia voluntad, sino que son llevadas por síntomas que preocupan o alarman más a los adultos que a ellas mismas. Esto explica la resistencia que tienen de aportar datos en algunos casos. Los motivos de consulta más frecuentes son: Falta de desarrollo puberal, leucorrea, infecciones vulvovaginales, trastornos menstruales y otros.*

*¿Qué ocurre en la adolescencia temprana? Muy frecuentemente la joven se presenta acompañada por su madre y en algunas ocasiones con una amiga o sola.*

*En algunos casos es la madre la que se comunica previamente con nosotros y excepcionalmente es el padre el que anuncia la visita de su hija. Esto suele sobrevenir por que muchas veces los padres desean hacer una evaluación propia del profesional en cuanto a su eficacia y a la confianza que les puede inspirar el entregar a su hija para ser; en cierta forma, encaminada y aconsejada.*

*Son habituales las dudas que pueden surgir aún en los padres, pues ellos no siempre están preparados, ni siempre saben hasta donde, ni cual es el momento preciso para explicar la responsabilidad de determinadas conductas sobre todo en los referente a la sexualidad.*

*Para los padres existe siempre la dualidad, pues el poco éxito de sus hijas entre las amistades del sexo opuesto es un problema, pero también lo es el éxito excesivo, ya que desean saber hasta donde deben conocer las posibles complicaciones a las que un impulso no suficientemente responsable las puede conducir en los que atañe a la conducta sexual.*

*Para la adolescente cualquier hecho físico aparentemente anormal es un motivo de consulta; por ejemplo, mamas hipoplásicas, exceso de vello, sobrepeso, trastornos del ciclo, dismenorrea, flujo, etc.*

*¿Qué ocurre en la adolescencia tardía? No nos olvidemos que siempre puede haber adolescentes que, si bien son maduras orgánicamente, por razones de educación, hogar, etc., pueden presentarse en sus primeras etapas. Entre un 50 y 60% se presentan por razones concretas: Dismenorrea, flujo, trastornos del ciclo y en muchas ocasiones estos trastornos no constituyen el verdadero motivo de su consulta. El profesional sabrá en su diálogo con la paciente llevarla a plantear su real inquietud, que puede ser, entre otras cosas, la anticoncepción, el temor a contagios, a estar embarazada o a la enfermedad a futuro. Suelen acudir solas o acompañadas por su madre y en otros casos por su pareja (8).*

*La historia clínica del adolescente es de vital importancia, por lo que para valorar los problemas ginecológicos se debe formular el siguiente cuestionario:*

- *Edad de la menarquia.*
- *Características de la menstruación.*
- *Ultimo periodo menstrual y sus características.*
- *Medidas higiénicas.*
- *Presencia de descarga vaginal anormal.*
- *Presencia de dolor pélvico crónico.*
- *Presencia de síntomas de vías urinarias.*
- *Antecedentes de actividad sexual.*
- *Antecedentes y resultados de embarazo y paternidad.*

- *Antecedentes y resultados de aborto.*
- *Antecedentes de enfermedades de transmisión sexual (ETS).*
- *Antecedentes de frotis de Papanicolaou anormal.*
- *Antecedentes de abuso sexual y violación.*
- *Antecedentes de uso de anticonceptivos (5).*

*El médico que trata adolescentes estará capacitado para reconocer tanto los genitales prepuberales como los puberales y las variantes de la anormalidad que puedan presentarse, el examen debe ser rápido pero acucioso, para lo que se seguirá siempre una secuencia, su éxito depende de la comunicación lograda en la relación médico-paciente y de la destreza desarrollada por el médico.*

• **REQUISITOS:**

*1.-Explicar el proceso y mostrar el material que se utilizará.*

*2.-Inicialmente las adolescentes muestran resistencia a la exploración por lo que el médico debe ser paciente. En otras ocasiones deberá posponerse el procedimiento y dar más información a la paciente valiéndose de esquemas o modelos pélvicos. Recordar que un temor exagerado a dicha exploración puede ser la primera sospecha para descartar abuso sexual, sin olvidar que puede haber un exagerado pudor.*

*3.-Aprovechar la curiosidad genuina que las adolescentes tienen por esta parte de su cuerpo para identificar las diferentes estructuras y mostrárselas ayudados de un espejo.*

**4.-Como un aspecto indispensable para el examen de genitales esta la privacidad.**

**5.-El médico estará siempre acompañado de otro miembro del equipo de salud, siempre estando presente el familiar de la paciente.**

**• MATERIAL QUE SE USARA::**

*Guantes desechables*

*fuentes de luz*

*implementos necesarios para exploración pélvica armada.*

**• INDICACIONES DE LA EXPLORACION GINECOLOGICA:**

*Forma parte de la exploración física.*

*Cuando la causa de consulta es ginecológica.*

*Cuando lo solicita el paciente.*

**• PROCEDIMIENTO:**

*La posición más utilizada es la litotomía, aunque puede utilizarse la de Simms o la Ginecológica.*

**• Inspección:** *Vello púbico, labios mayores, región perianal, labios menores, vestíbulo, clítoris, meato urinario, membrana himeneal.*

• *Pedir a la paciente que pujan para que se entreabra la apertura del himen valorando entonces sus bordes, la continuidad de ellos y la posibilidad de observar la pared posterior de vagina.*

• *Palpación: De las estructuras, buscando la consistencia, adherencias, tumoraciones.*

• *Maniobras especiales: Con los dedos índice y pulgar de ambas manos se tracciona hacia el explorador la base de los labios mayores para explorar el clítoris, uretra e himen.*

• *Tacto rectal: Valorar el tono del esfínter, características del ampulla, forma, tamaño y consistencia y movilidad del cuello uterino, descartar la presencia de tumoraciones.*

• *Vaginoscopia: Preferible realizarla bajo sedación (9).*

*La ginecología pediátrica nació casi junto con su madre la ginecología general, con el correr de los años se ha ido perfeccionando hasta el punto que hoy existe una Federación Nacional de Ginecología Infantojuvenil, que depende de la FIGO.*

*Si tomamos los datos estadísticos de los grandes centros para adolescentes dirigidos por pediatras especializados o integrados a un hospital para niños, la mayor frecuencia de consulta se observa entre los 12 y 14 años por causas neurológicas, de medicina general y problemas emocionales; en cambio en los consultorios de ginecología infantojuvenil, las edades fluctúan entre los 15 y 19 años, lo que indica la necesidad de la consulta especializada.*

*Los motivos más frecuentes de consulta ginecológica en un estudio realizado por la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, Argentina con un total de 2322 consultas en el grupo de 13 a 18 años se encontró que el flujo genital y el trastorno menstrual son los síntomas que más alarman a las adolescentes, entre ambos cubren el 61.6% de la consulta, el flujo vaginal constituye el 32.8% (10).*

*El proceso puberal ha sido estudiado extensamente, la patología puberal también ha sido investigada acuciosamente, sin embargo, definir los límites entre una y otra es difícil por que la mayoría de las veces se trata de variaciones de la normalidad, procesos atípicos que no caen dentro de la patología, por lo que es un requisito imprescindible para el profesionista médico conocer el tiempo de iniciación, la secuencia y el intervalo de los hechos puberales.*

#### **• PUBERTAD NORMAL:**

*Se ha dicho que esta se inicia con el incremento de la velocidad lineal que se había venido presentando hasta ese momento con un ritmo de 5 cm por año.*

*El primer signo de desarrollo puberal en la niña es la telarca o brote del botón mamario que se observa de los 9 a los 11 años de edad cronológica, el segundo evento será la aparición de vello púbico o pubarca que de acuerdo a la evolución posterior alcanzara las características adultas de maduración pasando por las etapas II a V de Tanner.*

*Lo mismo se dice del desarrollo mamario pero al finalizar la etapa III e iniciar la IV se presenta la menarquia por lo que se considera un evento tardío de la pubertad pues deberán transcurrir dos años aproximadamente desde el brote del botón mamario a la presentación de la menarquia y además habrá pasado también el pico de crecimiento lineal y aunque la niña continuara creciendo, lo hará más lentamente alcanzando 6 cm más para llegar a la talla final.*

#### **• DESARROLLO PUBERAL ADELANTADO:**

*Cuando se aprecia algún signo puberal a partir de los 8 años en las mujeres.*

*Telarca prematura: El aumento glandular mamario puede observarse desde el período de recién nacida hasta los 8 años y manifestarse uní o*

*bilateral identificándose como variante benigna si no se asocia a otros signos puberales, generalmente desaparece después de varios meses.*

*La etiología se relaciona con el incremento de la sensibilidad del tejido mamario prepuberal a la acción de estrógenos que provienen de la madre en el período neonatal, puede ser secundario a quistes foliculares ováricos secretores de estrógenos o bien de origen exógeno por exposición a ellos.*

*Cuando la edad ósea se encuentra acelerada apoya el diagnóstico a favor de pubertad precoz.*

*Pubarca prematura: Es la aparición de vello púbico antes de los 8 años de edad y la mayoría de las veces es solo un fenómeno aislado; algunos padecimientos la predisponen tales como la obesidad, ciertas disfunciones del SNC, en ocasiones puede estar asociada a microacné.*

*Se considera como una expresión clínica del aumento de producción hormonal androgénica de origen suprarrenal o adrenal, por lo que se detectan niveles séricos ligeramente elevados de dehidroepiandrosterona, androsterona, testosterona y dehidrotestosterona.*

#### **• PUBERTAD PRECOZ:**

*Encontrar cualquier signo de desarrollo puberal antes de los 8 años debe ser considerado como pubertad precoz, la aparición de dichos caracteres dependen de un aumento en la secreción de esteroides gonadales, pero también es la respuesta al incremento de gonadotropinas hipofisarias, lo que daría origen a la pubertad precoz verdadera o central e indica maduración prematura del hipotálamo y por lo tanto patología.*

*En el 95% de los casos, la pubertad precoz es idiopática, las técnicas de Tomografía computada y resonancia magnética diagnostican hamartomas y otras patologías del SNC.*



## • PUBERTAD RETRASADA:

*Cuando aún no aparece ningún signo puberal, cuando menos dos desviaciones estándar por debajo de la media de inicio de la pubertad para el sexo del sujeto; lo que nuestra población puede ser a los 13 años en la mujer y a los 13.5 años en el varón; generalmente se acompaña de talla baja y como primera posibilidad diagnóstica se debe de pensar en un retraso constitucional o familiar del desarrollo.*

*Se investigará el inicio de la pubertad familiar, velocidad de crecimiento previa del paciente para descartar padecimientos crónicos o malnutrición.*

*A la exploración física se valorará talla, segmentos corporales, fenotipo, maduración genital y se solicitarán estudios generales de laboratorio y maduración esquelética, que apoyarán el diagnóstico si se encuentran normales los primeros y retrasada hasta dos años en relación cronológica la segunda; en quienes se sospeche de genopatía, el cariotipo y estudio de cromatina serán los indicados (11).*

*Considerando que uno de los principales motivos de consulta son los trastornos menstruales, vulvovaginitis y patología mamaria a continuación se mencionarán algunos aspectos generales.*

*La edad promedio de la aparición de la menarca en algunos países de Latinoamérica es de 12.5 años, pero con un rango de normalidad amplio de 9 a 15 años; antes de los 9 años se considera una menarca precoz y después de los 16 años menarca tardía, el factor que más modifica el inicio de los ciclos menstruales es el nutricional, sobre un patrón genético determinado, en general los dos primeros años de los ciclos menstruales son anovulatorios.*

*Una vez ocurrida la primera menstruación el 50% de las adolescentes continúan con ciclos regulares ovulatorios y fértiles . la otra mitad presenta irregularidades porque no se instala el sistema ovulatorio que requiere cierto grado de maduración del sistema hipotálamo-hipofisario-*

*ovarico (ciclos estériles). En este grupo, 35% regularizarán su ciclo durante los tres primeros años posteriores a la menarca. El resto (15%) persistirán las alteraciones menstruales (oligomenorrea, amenorrea, ritmos espaciados) después de haber completado su maduración biológica. Cuando las adolescentes entre los 12 a 15 años de edad con 2 a 3 años de edad ginecológica, presentan ciclos irregulares deben evaluarse y corregirse los hábitos de vida perjudiciales para el establecimiento de la ovulación: dietas inadecuadas, excesivo descenso de sobrepeso, actividad física exagerada, pocas horas de sueño, consumo de drogas. También debe investigarse necesidades emocionales que se traduzcan por un excesivo temor al crecimiento y aceptar su rol femenino (adolescentes "asexuada", tímida, poco sociable, muy concentrada en los aspectos intelectuales, muy dependientes de la madre, vida sedentaria etc...) (12)*

**• CAUSAS DE AUSENCIA DE LA MENARCA:**

*La ausencia de la menarca recibe el nombre de amenorrea primaria, es útil desde el punto de vista clínico si la amenorrea se da con o sin el desarrollo de las características sexuales secundarias.*

**• SIN CARACTERÍSTICAS SEXUALES SECUNDARIAS:**

*Insuficiencia gonadal genética (síndrome de Turner, disgenecia gonadal, mosaicismo).*

*Insuficiencia hipotalámica.*

*Deficiencia aislada de gonadotropinas hipofisarias.*

• **CON CARACTERISTICAS SEXUALES SECUNDARIAS:**

*Embarazo*

*Himen imperforado*

*Malformación congénita (ausencia de útero)*

*Feminización testicular*

*Causas ováricas (poliquistosis, radiaciones).*

• **CON O SIN CARACTERISTICAS SEXUALES SECUNDARIAS:**

*Pérdida de peso (atletas o dietas).*

*Enfermedad crónica.*

*Obesidad.*

*Causas Psiquiátricas.*

*Insuficiencia pituitaria (tumor o lesiones destructivas).*

• **TRASTORNOS MENSTRUALES:**

*Las alteraciones menstruales pueden ser:*

*1.-Del Ritmo: Proiomenorrea y opsomenorrea.*

*2.-De la Cantidad: Hipermenorrea e Hipomenorrea.*

*3.-De la Duración: Polimenorrea y oligomenorrea.*

*4.-Otros: Síndrome Premenstrual, dismenorrea, amenorrea y hemorragia uterina disfuncional.*

- **ALTERACIONES DEL RITMO**

- **OPSOMENORREA:**

*Ciclos con intervalos mayores de 35 días y de hasta 3 meses. La mayoría producidas por una alteración del eje hipotálamo-hipofiso-ovarico, que lleva alargamiento de la primera fase.*

*La causa más frecuente de las alteraciones menstruales y el factor determinante puede estar relacionado a obesidad, alteraciones emocionales, hiperprolactinemia, aumento de la actividad física, disfunción tiroidea, pérdida de peso y disfunción suprarrenal.*

*El diagnostico se basa en el interrogatorio, examen clínico ginecológico, temperatura basal, determinaciones hormonales: FSH, prolactina, estradiol, determinación de androgenos, estudios tiroideos.*

*El tratamiento es corrección de los factores desencadenantes, inducción menstrual con progesterona o estrógenos progesterona.*

- **PROIPMENORREA:**

*Es la menstruación con intervalos menores de 21 días, ocurre generalmente por involución prematura del cuerpo lúteo como consecuencia de una alteración del eje hipotálamo-hipofisiario-ovárico (H.H.O), determinada por varias causas.*

*Es diagnóstico se realiza con determinación de temperatura basal, progesterona plasmática en la 2ª. Fase para determinar ovulación y suficiencia progestacional, prolactina, biopsia de endometrio principalmente en casos de esterilidad o infertilidad y de acuerdo a los hallazgos clínicos estudios tiroideos o androgénicos.*

**Tratamiento: progestagenos en la 2ª fase del ciclo (del día 12 o 14 al 24 o 26).**

• **ALTERACIONES DE LA CANTIDAD:**

• **HIPERMENORREA:**

*Menstruaciones abundantes en cantidad y días de duración, las causas determinantes tanto de la hipermenorrea como de la menorragia pueden ser:*

*Locales pelvianas: Endometriosis, inflamación de órganos pélvicos, hipotonía uterina, hipoplasia.*

*Alteraciones de la coagulación sanguínea.*

*Endocrinas: Hiperestrogenismo, descamación superficial del endometrio, ciclos anovulatorios pseudohemorrágicos, disfunciones tiroideas.*

*Diagnóstico: Ecografía, estudios hematológicos y de la coagulación, colpocistograma y/o dosaje de estrógenos (si se han descartado las causas locales y problemas de la coagulación).*

*Tratamiento: Progestagenos del día 14 al 26 del ciclo o anticonceptivos orales combinados.*

• **HIPOMENORREA:**

*Menstruaciones escasas en cantidad o días de duración, las causas determinantes son:*

*Sinequias uterinas: Postaborto, Postparto.*

*Iatrogenas: Por anticonceptivos orales.*

**Idiopáticas: Psicógenas.**

**Hiperestrogenismo.**

**Alteraciones tiroideas.**

**Diagnóstico:** Interrogatorio dirigido a detectar maniobras uterinas o la ingesta de anticonceptivos orales, colpocistograma hormonal y/o dosaje de estrógenos, estudios tiroideos, histerosalpingografía o histeroscopia.

**Tratamiento:** Será específico según la etiología, el uso de estrógenos estará indicado solo si hay déficit de esta hormona.

• **ALTERACIONES DE LA DURACION:**

• **POLIMENORREA:**

Habitualmente se asocia a hipermenorrea, se caracteriza por un aumento en el número de días y son producidas por las mismas causas; hay que recordar que en estas alteraciones menstruales, cuando no hay un sustrato orgánico que las determine presentan capacidad de recuperación espontánea al alcanzar la madurez en el eje hipotálamo-hipofisiario-ovario; de ahí que los tratamientos hormonales cuando se indiquen deberán ser siempre por periodos cortos, con intervalos de observación (13).

• **OLIGOMENORREA:**

Se caracteriza por una disminución en el número de días de sangrado, siendo normal de 3 a 8 días, puede ser secundario a inmadurez del eje hipotálamo-hipofisiario-ovárico, siendo un tratamiento conservador.

- **OTROS:**

- **SINDROME PREMENSTRUAL:**

*Abarca una serie de manifestaciones somatopsíquicas, que ocurren durante la segunda mitad del ciclo menstrual, estas incluyen: depresión, fatiga, irritabilidad, ansiedad, cefalea, agrandamiento mamario con o sin mastodinia, aumento de apetito y sed, preferencia por alimentos dulces y/o salados, edema de manos y piernas; el tratamiento consiste en disminuir la ingesta de líquidos y sal, evitar la cafeína y disminución del estrés.*

- **DISMENORREA:**

*Es el problema ginecológico más frecuente en las adolescentes, se presenta en un 50% de las pacientes y se clasifica en primaria y secundaria.*

*Dismenorrea primaria es cuando las menstruaciones son dolorosas en ausencia de patología ginecológica; se manifiesta como dolor pelviano difuso y bilateral, que inicia al comienzo del sangrado menstrual, persistiendo varios días, se puede acompañar de náuseas, vómito y diarrea, estos síntomas finalizan con el inicio del ciclo menstrual.*

*Dismenorrea secundaria es aquella en la que hay una patología subyacente (EPI, endometriosis, anomalías congénitas, uso de dispositivos intrauterinos, etc.); se presenta como dolor pelviano independientemente de los ciclos menstruales y durante la relación sexual (dispareunia), incrementando de duración e intensidad durante los ciclos subsecuentes: La endometriosis es la causa más frecuente de dismenorrea secundaria (13).*

*Si la dismenorrea es un episodio aislado se debe considerar la presencia de una enfermedad inflamatoria pélvica, por lo cual toda joven con vida*

*sexualmente activa deberá realizarse un examen ginecológico con cultivos apropiados.*

*Clasificación según la magnitud.*

*Grado I: Dismenorrea leve que no interfiere con la actividad cotidiana.*

*Grado II: Dismenorrea intensa que interfiere con la actividad habitual.*

*Grado III: Malestar intenso, incapacitantes y se asocia a síntomas generales.*

*El tratamiento va encaminado a suprimir las causas, medidas generales higiénico-dietéticas, uso de drogas de acción inhibitoria de la síntesis de prostaglandinas, uno o dos días previos a la menstruación. Si la paciente desea anticonceptivos, los anticonceptivos combinados mejoran la dismenorrea, otra alternativa es indicar progestagenos del día 15 al 21 del ciclo (13, 14).*

#### **• HEMORRAGIA UTERINA DISFUNCIONAL (HUD):**

*Se define como la salida de cantidad excesiva e irregular de sangre por la vagina, siendo frecuente en las adolescentes; se considera que hasta un 10% son debidas a problemas orgánicos.*

*La expulsión indolora de sangre del endometrio sin que existan lesiones anatómicas de las vías genitales, generalmente anovulatoria, es el fenómeno más común y la causa más frecuente de urgencias ginecológica en la adolescente, cuando se presenta en cantidad abundante, y son consecuencia casi siempre de una lenta maduración del eje hipotálamo-hipofisis-ovario. El patrón menstrual depende de la duración e intensidad de la estimulación endometrial por los estrógenos; las concentraciones altas y persistentes conducen a una hiperplasia endometrial y al descender dichos estrógenos habrá sangrado y se traducirá como oligomenorrea seguida de hipermenorrea, las concentraciones bajas y continuas se traducirán como amenorrea seguidas de menometrorragias ,*



*si las concentraciones son fluctuantes se aumenta la frecuencia del sangrado y se manifiesta por polimenorrea.*

*El Sangrado uterino disfuncional ovulatorio puede ser causado por la vida más corta o más prolongada del cuerpo amarillo, dando sangrado pre y postmenstrual. El sangrado intermenstrual periódico es por descenso estrogénico en periodo de ovulación.*

*El desequilibrio entre la prostaglandina F2 (vasoconstrictora) y E2 (vasodilatadora) también es responsable de HUD anovulatoria y ovulatoria.*

*Para el diagnóstico se deben descartar causas orgánicas, requiriendo anamnesis orientada a identificar ejercicio excesivo, traumatismos, empleo de fármacos, sangrados irregulares desde la menarquia, etc., la exploración física debe ser completa y se practicara estudio bacteriológico de secreciones vaginales, un frotis de papanicolau para valorar el índice de maduración, que con acción progestacional prácticamente descarta HUD, de los análisis de laboratorio citología hemática completa con recuento plaquetario y pruebas hemorragíparas, examen general de orina, química sanguínea, prueba inmunológica de embarazo, prolactina, ecosonografía pélvica, pruebas especiales.*

*Para el tratamiento de HUD, el Dr. David Muran, de la Universidad de Tennessee, toma en cuenta las cifras de hemoglobina y considera a 3 grupos:*

*Grupo 1: Alteraciones leves con niveles de hemoglobina superiores a 12 g/dl, siendo suficiente la tranquilización, calendario menstrual, sales de hierro y valoración periódica.*

*Grupo 2: Alteraciones moderadas con niveles entre 10 y 12 g/dl, se agrega al manejo progestagenos como el acetato de medroxiprogesterona 10 mg por 5 días, cada 35 días si no hay actividad sexual, y si hay actividad sexual anticonceptivos orales con revaloración en 6 meses.*

**Grupo 3: Alteraciones graves con niveles inferiores a 10 g/dl, en este grupo se deben subdividir en:**

**Pacientes con sangrado activo en las cuales se inician líquidos endovenosos, transfusiones, estrógenos conjugados de 20 a 25 mg IV cada 4 horas con aplicación máxima de 6 dosis, concomitantemente un anticonceptivo oral con acción progestacional, iniciando con dos tabletas y dosis descendentes 1 cada 8 horas, 1 cada 12 horas y 1 cada 24 horas, a los 6 meses posteriores se emplea un anticonceptivo combinado y una nueva valoración.**

**Pacientes sin sangrado activo se inicia transfusión, sales de hierro, anticonceptivos orales y revaloración en 6-12 meses.**

**El legrado uterino instrumentado se reserva para cuando no hay resultados satisfactorios a las 24 horas de tratamiento hormonal intensivo.**

**La desmopresina se ha descrito a dosis de 0.3 ug/k en 50 ml de solución fisiológica, durante 15 a 30 minutos cada 12 a 24 horas, para el control de hemorragia abundante o irregular en mujeres con cuagulopatías.**

**Los inhibidores de prostaglandinas disminuyen la hemorragia menstrual y pueden emplearse con el tratamiento hormonal cíclico (15).**

**• AMENORREA:**

**Se define como la ausencia de menstruación, y se clasifica en:**

**Primaria cuando la adolescente llega a los 18 años sin haber tenido aún su menarca.**

**Secundaria cuando hay ausencia de menstruación por 3 o más meses, en mujeres que alguna vez han tenido episodios menstruales espontáneos.**

*El estudio de amenorrea primaria incluye historia clínica, radiografías de cráneo, LH, FSH, prolactina, estrógenos, T4, TSH, progesterona, cromatina sexual y cariotipo, así como estudios especiales (TAC Cráneo, de silla turca, biopsia de ovarios, estudios neurooftalmológicos, etc.).*

*En la amenorrea secundaria, según el Dr. Carr, se debe realizar anamnesis, exploración física completa, descartar embarazo, prolactina plasmática, progesterona.*

#### **• PATOLOGIA DE MAMA:**

*La incidencia de tumoraciones mamarias malignas en adolescentes es extremadamente baja, con un rango de 0 a 0.4%, en muestras de biopsias de diversos estudios. El tipo más común de tumor benigno es el fibroadenoma, responsable del 75 al 90% de los nódulos mamarios extirpados en la adolescencia, otras causas incluyen mastopatía fibroquística, papilomas intraductales, lipomas, lesiones postraumáticas y abscesos.*

*En las jóvenes premenárquicas son frecuentes los edemas fisiológicos, la asimetría mamaria, la presencia de masas subareolar, sensible, móvil, dura y con forma de botón en una o ambas mamas.*

*La revisión rutinaria de las mama debe incluir inspección, palpación y registro de la etapa de Tanner, estimulando la autoexploración en forma cotidiana.*

#### **• FIBROADENOMAS:**

*Constituyen la patología más común de la mama juvenil, los síntomas pueden estar ausentes o ser muy poco llamativos y por ello es un hallazgo casual de la propia adolescente o bien en el examen médico rutinario, por lo general son asintomáticos, firmes, de consistencia gomosa, bien*

*definidos, móviles, de localización y tamaño variable, la histología es igual a la que se encuentra en la mujer adulta (17).*

*En un 10 a 15% de las pacientes se observan tumores múltiples en una o ambas mamas. Los fibroadenomas son tumores que crecen con lentitud, aunque las variantes juveniles tienden a crecer más rápidamente, cuando esto ocurre se debe de descartar la presencia de un cambio sarcomatoso (16).*

*Se sabe que el fibroadenoma gigante juvenil es la misma identidad que el cistosarcoma filoides benigno, planteando dudas diagnósticas y pronósticas en relación con su evolución clínica. La diferencia con el fibroadenoma es la velocidad de crecimiento rápido y progresivo, así como el tamaño y el grado de destrucción del tejido sano.*

#### **• MASTOPATIA FIBROQUISTICA:**

*Se caracteriza por un engrosamiento sensible, difuso y cordonoso del tejido mamario que se acompaña de pequeñas formaciones quísticas, los síntomas y la nodularidad tienden a ser más notorios durante la menstruación, los quistes varían en tamaño y localización de un ciclo a otro, se debe realizar diagnóstico diferencial con la hipertrofia mamaria de la adolescencia, por lo que es recomendable un control a largo plazo.*

#### **• PAPILOMAS INTRADUCTALES:**

*Se diagnostican con base a los antecedentes de secreción serosa o sanguinolenta en el pezón, al explorarlo se descubre una masa discreta o engrosamiento del area subareolar o periareolar, la presión que se ejerce sobre la masa habitualmente induce salida de flujo del pezón.*

#### **• LESIONES POSTRAUMATICAS:**

*Como la necrosis grasa y los hematomas suelen caracterizarse por la presencia de masas sensibles y mal definidas y con frecuencia se presentan mucho tiempo después del traumatismo.*

## • HIPERTROFIA MAMARIA:

*El rápido crecimiento de las mamas es otra causa de consulta, siendo de etiología no clara, ya que los estudios hormonales suelen ser normales, ocurre en forma más o menos inmediata a la menarca, el síntoma más común es una molestia que lleva a la joven a adoptar actitudes posturales indebidas, como encorvar la espalda y llevar los hombros hacia adelante, a limitar su vida social y deportiva, con respecto al tratamiento se puede observar un retroceso conforme avanza la adolescencia, siendo más frecuente en las hipertrofias moderadas, por ello la actitud médica será de expectación, realizando controles de mediciones y fundamentalmente esperando el cierre hipofisiario, cuando se considera la plastía quirúrgica no debe hacerse en demasía, pues en muchas ocasiones hay cicatrización queloide.*

## • MASTODINIA:

*Se define como dolor de las mamas, se debe investigar si su presentación es cíclica, premenstrual, bilateral, unilateral y si se asocia con traumatismos o no.*

*La mastalgia cíclica premenstrual, constituye un motivo frecuente de consulta, se presenta asociado a una mayor turgencia de las mamas, este tipo de mastodinia y la tensión premenstrual pueden hallarse vinculados a un desequilibrio en la relación de estrógenos y progesterona.*

*El tratamiento es con progesterona desde el día 16 al 24 del ciclo (17).*

*Como la patología más frecuente durante la adolescencia comprende principalmente los cambios hormonales, los procesos quísticos y los fibroadenomas, con la exploración se determinará el diagnóstico en la mayor parte de los casos, como apoyo para el diagnóstico será de utilidad un ultrasonido, la mamografía o mastografía estará contraindicada en pacientes menores de 40 años.*

*Debido a la baja frecuencia de cáncer de mama entre las adolescentes y a la alta incidencia de regresión espontánea de los quistes y edemas fisiológicos, los nódulos mamarios pueden observarse sin peligro durante 3 a 6 meses, como la incidencia de estos es relativamente elevada es posible que durante los periodos de observación crezcan nuevas lesiones, las cuales pueden extirparse al mismo tiempo, si la masa aún esta presente se procederá a aspirarla con aguja calibre 23, mandando el líquido a estudio citológico, habitualmente la masa se colapsa después de la aspiración, pudiendo presentar recurrencia; las pacientes con cambios mamarios fibroquísticos deberán someterse a dietas sin cafeína y metilxantinas; las lesiones infecciosas deberán tratarse con antibióticos y en presencia de abscesos se recomienda el drenaje.*

- **PATOLOGIA CONGENITA DE MAMA:**

- **POLITELIA:**

*Se denomina a la existencia de pezones supernumerarios, único o múltiple, distribuidos a lo largo de la línea mamaria, se presentan como una formación verrugosa, pigmentada y excepcionalmente acompañada de un rudimento areolar, siendo asintomática.*

- **UMBILICACION DEL PEZON:**

*Aparece como una inversión irreductible del pezón desde edades tempranas, posiblemente como una cortedad del sistema canalicular, que tracciona y umbilica el pezón siendo asintomático.*

- **AMASTIA:**

*Es una anomalía consistente en la ausencia de la glándula (aplasia mamaria) y del complejo areola pezón (atelia), la falta de estos dos componentes se presenta generalmente en otras anomalías morfológicas, como el Síndrome de Poland en el que coexiste una agenesia del pectoral mayor.*

- **POLIMASTIA:**

*Se denomina a la aparición de esbozos glandulares mamarios a los largo de la línea mamaria que generalmente carecen del complejo areola pezón, habitualmente permanecen asintomáticos hasta la época puberal, momento en el cual sufren variaciones hormonales propios de la glándula mamaria y se manifiesta como una tumefacción, a veces con variaciones cíclicas, la localización más habitual es la prolongación axilar de la mama.*

- **ASIMETRIA:**

*Se observa con frecuencia durante las etapas normales del desarrollo de estas glándulas cuando persiste notable asimetría, es posible llevar a cabo cirugía correctiva de tipo aumento o disminución en el momento en que el crecimiento de las mamas se ha estacionado y se ha completado el desarrollo corporal.*

- **HIPOPLASIA:**

*Puede ser manifiesta en pacientes con amenorrea, debido a la hipoplasia del ovario, cuando es así la estimulación adecuada con estrógenos mejora el crecimiento mamario; a veces es el resultado de formación imperfecta del tejido mamario primitivo durante el desarrollo del útero, también se observa cuando hay grandes deformidades de la mama.*

- **ATROFIA:**

*Se presenta en pacientes que han tenido pérdidas muy importantes de peso.*

- **FALTA DE DESARROLLO:**

*Puede observarse en pacientes con disgenesia gonadal, hipogonadismo hipogonadotrópico, estados intersexuales, hiperplasia suprarrenal no*

*controlada, es estas pacientes se debe iniciar tratamiento con estrógenos (18).*

**• VULVOVAGINITIS:**

*Se llama así a la inflamación e infección del epitelio de la vulva y la vagina, causada por diversas patologías, en mujeres después de la menarca se ve afectado clítoris, vulva, vagina, cuello uterino y vías urinarias, produciendo diversos síntomas, siendo el más común la leucorrea y prurito (19).*

*Las causas de infección genital en mujeres prepuberales y puberales son las siguientes:*

**• Infecciosas:**

*Bacteriana.*

*Viral.*

*Micótica.*

**• Parasitosis.**

**• Cuerpos extraños.**

**• Dermatitis.**

**• Malformación urogenital.**

**• Enfermedades sistémicas.**

**• Mixtas.**



*Es importante saber que la flora normal del aparato genital esta dada por numerosas especies aerobias y anaerobias, y que estas cambian con el tiempo desde la lactancia a la infancia, luego a la adolescencia y a la edad adulta y que la alteración del microambiente vaginal y factores como son la higiene, cuerpos extraños y fluctuaciones hormonales pueden ocasionar vulvovaginitis por estos mismos gérmenes (19).*

*Los gérmenes más frecuentes son los que colonizan las manos y el tubo digestivo bajo: E. coli. Staphylococcus aureus, Streptococcus pyogenes, shigella sp., Candida albicans, Enterobius vermicularis.*

*Sin embargo el aislamiento bacteriológico no descarta otros factores patológicos y que con frecuencia los cultivos son negativos o inespecíficos.*

## **MICROBIOLOGIA DE INFECCIONES CERVICOVAGINALES EN PUBERES.**

---

<i>Escherichia coli</i>	<i>Herpes genital*</i>
<i>Gardnerella vaginalis</i>	<i>Ureaplasma urealyticum*</i>
<i>Chlamidia trachomatis*</i>	<i>Mycoplasma hominis*</i>
<i>Tricomona vaginalis*</i>	<i>Neisseria gonorrhoeae*</i>
<i>Candida albicans</i>	<i>Treponema pallidum*</i>

---

*La leucorrea fisiológica debe tomarse en cuenta y diferenciarla de la leucorrea patológica, la primera es cíclica, más abundante en la ovulación y días previos a la menstruación, es cristalina e indolora y no es irritativa, la leucorrea patológica no tiene relación con el ciclo menstrual, presenta variaciones de color y olor, se puede presentar con prurito, disuria y eritema vulvar y se acompaña o no de lesiones vaginales.*

*Después de confirmar por observación directa la leucorrea patológica se cuestionara sobre la vida sexual activa, de ser negada se tomarán muestras para frotis, observación en fresco y cultivos ordinarios, al reportar el germen se dará tratamiento específico, en caso contrario se realizará exploración armada con espejo vaginal, con el objetivo de buscar cuerpos extraños o malformaciones urogenitales, prescribiendo lavado vaginal o corrección quirúrgica según el caso, si hay actividad sexual el enfoque será diferente se interrogara sobre el uso de anticonceptivos y dispositivos intrauterinos, ya que estos se han relacionado a mayor susceptibilidad para infecciones cervicovaginales, tales como *C. trachomatis*, de confirmarse tal evento se tomarán muestras de la secreción, para observar en fresco, frotis y cultivos ordinarios y especiales, solicitando además VDRL.*

*Si hasta el momento no se encuentra la causa de la infección vaginal, se realizarán estudios especiales: cultivos para *C. trachomatis* y *U. urealyticum* en caso de sospecha de abuso sexual, así como urografía excretora, cistoscopia y ultrasonido pélvico; finalmente de no llegar a un diagnóstico se revalorará el caso investigando padecimientos sistémicos tales como diabetes o uso de sustancias inmunosupresoras que faciliten la presencia de gérmenes poco comunes.*

*El tipo de células presentes en la citología vaginal se relaciona con las diferentes etapas de la pubertad.*

*Las células basales son redondas, el núcleo ocupa el 50% del citoplasma y son llamadas también inmaduras, por que representan la ausencia de actividad hormonal, las células intermedias son ovaladas, con núcleo pequeño y reflejan el inicio de la actividad estrogénica puberal y en los*

*ciclos menstruales la fase secretoria, las células cornificadas son alargadas y caracterizan a una gran influencia estrogénica y en los ciclos menstruales a la fase proliferativa.*

*El índice de maduración hormonal se reporta en tres cifras que representan el porcentaje de células encontradas en la citología vaginal, en el siguiente orden: células basales, células intermedias y células cornificadas.*

*En el periodo prepuberal la vagina es corta y con pared delgada, lisa, tensa, rojiza y fácilmente se lesiona con traumatismos, hay atrofia de labios, vulva y glándulas endocervicales, el medio bioquímico carece de glucógeno y lactobacilos, con pH neutro, el índice de maduración presenta únicamente células basales: 100/00/00.*

*Pubertad temprana: Localmente se inicia engrosamiento del epitelio vaginal, hay escasa actividad secretoria, el pH es de neutro a ácido y el índice de maduración hormonal reporta células intermedias y superficiales en escaso porcentaje: 00/70/30, se facilita la colonización de *C. albicans* y *Gardnerella*.*

*Pubertad media: La pared vaginal es más gruesa, tiene color rosado, se inician las secreciones vaginales dependientes de la actividad apócrina vulvar y de las glándulas de Bartholin, se detectan cantidades moderadas de anticuerpos IgA y IgE, el pH es ácido, con índice de maduración hormonal de predominio de células intermedias y superficiales, acorde con la proximidad de la menarca o de la fase del ciclo menstrual 0/65-85/15-35.*

*La leucorrea fisiológica de la adolescente se establece en esta etapa, siendo la suma de secreción endocervical, actividad apócrina vulvar, actividad de glándulas de bartholin y descamación celular (20).*

*En la pubertad avanzada la vagina se alarga, la pared es gruesa y elástica, difícilmente se erosiona, las secreciones vaginales se tornan cíclicas, siendo más abundantes en los días de ovulación y previos a la*

*menstruación, hay arborización en el frotis, secundaria a precipitación de las secreciones, las cuales se cristalizan, el pH es ácido y el índice de maduración hormonal ya no presenta células basales y depende de la fase del ciclo menstrual 0/60-90/10-40.*

*Se ha dado un panorama general de las patologías más frecuentes en la paciente adolescente que acude por un trastorno ginecológico.*

## JUSTIFICACION.

*Desde 1970 hasta el presente se hace referencia del adolescente y su aspecto médico, a mediados del siglo XIX se introdujo el concepto de la adolescencia como un fenómeno biológico, concentrándose en la gente joven de clase media, actualmente se define como el periodo de crecimiento y desarrollo físico y psicológico que tiene lugar durante la segunda década de la vida; siendo considerado uno de los periodos más saludables del ciclo vital, sin embargo durante las últimas 3 décadas se han sufrido cambios sustanciales, en la salud del adolescente, lo que se puede atribuir a las conductas de riesgo y estilos de vida.*

*La necesidad de abordar la problemática de salud del adolescente como un grupo con características propias, no necesariamente uniformes, es de gran importancia, por lo que se debe abordar en forma multi e interdisciplinaria a este grupo, presentándose un incremento en el número de adolescentes del sexo femenino, con repercusiones en la salud sexual y reproductiva, en ambas etapas de la adolescencia (temprana 10 a 14 años y tardía 15 a 19 años), con diferentes patologías entre estas, por lo cual es importante conocer cuales son los padecimientos ginecológicos, así como su frecuencia y distribución, en el servicio de Medicina del Adolescente.*

## **OBJETIVO.**

*Conocer la frecuencia y el tipo de patología ginecológica en las pacientes adolescentes de la consulta del servicio de Medicina del Adolescente en el Hospital Infantil de México, Dr. Federico Gómez.*

## **MATERIAL Y METODO.**

### **POBLACION:**

**TIPO DE ESTUDIO:** *Descriptivo.*

*Se seleccionaron las adolescentes entre 10 y 19 años de edad, cuyo motivo de consulta fue algún padecimiento ginecológico, que asistieron al servicio de Medicina del Adolescente, durante el periodo comprendido entre enero de 1999 a diciembre de 1999.*

### **CRITERIOS DE SELECCIÓN:**

- **Criterios de Inclusión:**

*Todas las adolescentes comprendidas en el grupo de edad de 10 a 19 años, de primera vez y subsecuentes, con problema ginecológico.*

### **VARIABLES UNIVERSALES:**

*Edad: Adolescencia temprana 10 a 14 años.*

*Adolescencia tardía 15 a 19 años.*

*Sexo: Femenino.*

*Procedencia:*

*Distrito Federal.*

*Estado de México.*

*Provincia.*

## **VARIABLES A ESTUDIAR:**

*Los diversos padecimientos ginecológicos que motivaron la asistencia a la consulta y su seguimiento en el servicio de Medicina del Adolescente: Vulvovaginitis, dolor pélvico abdominal, trastornos menstruales, quiste de ovario, tumor de ovario, embarazo, abuso sexual, absceso vulvar, alteraciones de la pubertad, hematometra, malformaciones genitales, pólipo cervical, traumatismo genital, enfermedad pélvica inflamatoria, enfermedad de transmisión sexual, patología mamaria y salud reproductiva.*

## **ETICA:**

*En este estudio no se requirió de carta de consentimiento informado, debido a que es una revisión de casos.*

## **ANALISIS ESTADISTICO:**

*Se realizó una descripción de la distribución de la frecuencia de cada una de las variables estudiadas. Se determinó la existencia de diferencia de distribución de la patología por grupo de edad.*

*Se presentan resultados en tablas y gráficas.*



## **RESULTADOS.**

*pacientes, con diferente patología ginecológica, de las cuales el primer motivo de consulta fueron los trastornos menstruales en un 45.10%, seguido de vulvovaginitis en un 22.80%, y patología de mama en un 15.20%, los demás trastornos, como quiste de ovario, abuso sexual, tumor de ovario, dolor pélvico y otros; se presentaron en menos del 10%, las menos frecuentes fueron enfermedades de transmisión sexual, traumatismo genital y pólipos cervicales en un 0.17% cada una (tabla 1, gráfica 1).*

*Por grupo de edad el mayor número de pacientes se encuentra en el rango de 10-14 años con un 58.90%, la patología más frecuente sigue siendo los trastornos menstruales con un 54.78% en las pacientes de 10-14 años y 45.22% en las de 15-19 años, de un total de 261 pacientes, seguida de vulvovaginitis con 132 casos, de los cuales el 68% son de 10-14 años y 32% de 15-19 años, en patología de mama con 88 casos el 68% corresponde al grupo de 10-14 años y el 32% de 15-19 años, y en quiste de ovario con 27 pacientes el 37% corresponde al grupo de 10-14 años y el 63% al grupo de 15-19 años (tabla 2, gráfica 2-20).*

*La mayor afluencia de pacientes fue del Distrito Federal en un 57.69%, seguido del Estado de México con un 33.16% y por último de provincia con un 9.15% (tabla 3, gráfica 21).*

## DISCUSION.

*De acuerdo con la idea de que la adolescencia es un periodo de transición que conlleva cambios emocionales y físicos, es importante conocer los tipos de patologías que se presentan en los pacientes que se encuentran dentro de ese periodo, en especial los que afectan a las adolescentes con respecto al aspecto ginecológico.*

*Este estudio revela que hay una serie de patologías ginecológicas que afectan a las adolescentes, siendo los trastornos menstruales los que ocupan la primera causa de consulta, en un 45.10% de un total de 579 casos, lo que coincide con lo mencionado por Coupey SM, en 1989 (21), siendo la dismenorrea el trastorno menstrual más frecuente pues se presenta hasta en un 50%, como menciona Pinsonneault O. en 1987, y en segundo lugar los padecimientos infectológicos como la vulvovaginitis, en un estudio realizado en Bueno Aires por Mansfield en 1994, se encontró que entre ambos ocupaban un 61.1% de la consulta siendo el primer lugar la vulvovaginitis (22, 10).*

*Por grupo de edad, el más afectado por las diversas patologías ginecológica es el que oscila entre lo 10-14 años con un 58.9%, esto coincide con el incremento poblacional en este grupo y con la relación de consultas femenino:masculino que es 2.3:1 y por lo cambios hormonales y anatómicos que se presentan al inicio de la adolescencia, de las patologías ginecológicas, la que más se presenta siguen siendo los trastornos menstruales (11, 12).*

*Referente a la procedencia nuestro mayor número de pacientes pertenecen al Distrito Federal en un 57.69%, seguido del Estado de México con 33.16% y por último de provincia con 9.15%, esto pudiera ser debido a la localización del hospital y a las rutas de acceso.*

*Debemos tener en cuenta que estos resultados fueron obtenidos de un centro hospitalario de 3er nivel, que cuenta con un servicio de atención al adolescente y que es de concentración, por lo que tal vez podrían variar en relación a otros hospitales de 1er y 2º nivel.*

## **CONCLUSIONES.**

*Con el estudio realizado se concluye que las pacientes adolescentes, presentaron una gran variedad de patología ginecológica siendo la más frecuente los trastornos menstruales, ésta va seguida de vulvovaginitis y patología de mama.*

*Por grupo de edad, el mayor número de consultas corresponde a las pacientes de 10-14 años, prevaleciendo los trastornos menstruales la primera causa de consulta.*

*En el grupo de edad de 15-19 años, la patología ginecológica más frecuente fueron los trastornos menstruales, sin embargo hay otras causas de consulta como son quiste de ovario, salud reproductiva, embarazo y tumor de ovario que no son frecuentes en las adolescentes del grupo de 10-14 años.*

*La mayor afluencia de los casos corresponde al Distrito Federal, seguida del Estado de México y por último provincia.*

## BIBLIOGRAFIA.

1.-Sumano EA. Enseñanza sobre adolescencia en medicina. En: Monroy A, Sumano EA, Tonki R. *Memorias Reunión Latinoamericana sobre salud integral del adolescente "Jóvenes de hoy, padres del mañana"* 1994:139-141.

2.- Henriquez MM, Yunes J. *Adolescencia: Equivocaciones y esperanzas.* En: Monroy A, Sumano EA, Tonkin R. *Memorias de la Reunión Latinoamericana sobre Salud integral del adolescente "Jóvenes de Hoy, Padres del mañana"* 1994:15-24.

3.-Rodriguez RJ, Hidalgo MM, *Introducción. Programa de atención integral en salud de los adolescentes y las adolescentes. Bases Programáticas. Ministerio de Salud Caja Costarricense de Seguro Social Costa Rica* 1993:2i-5.

4.-Reyes SF, Guiscafré HG, García PC, Villa CS, Linderos BV, Martínez GL, *Mortalidad en adolescentes en México, 1980-1990. Bol Med Hops Infant Mex Vol. 51 N 10* 1994: 633-642.

5.-Leal JF, *Ginecología Pediátrica. Memorias: Jornadas Pediátricas Regionales. Reunión Nacional de actualización en Pediatría. Academia Mexicana de Pediatría A. C. Colegio de Pediatría de Nuevo León A. C.* 1993.

6.-Diaz EB: *Adolescencia Femenina. Memorias del curso teórico. Ginecoobstetricia en el consultorio. VIII Congreso Mexicano de Ginecología y Obstetricia. Federación Mexicana de Asociaciones de Ginecología y Obstetricia A. C.* 1982: 27-33.

7.-Braverman PK, Strasburger VG. *¿Por qué la ginecología de adolescentes? Ginecología y Obstetricia en adolescentes. Clínicas Pediátricas de Norteamérica. Interamericana* 1989:3:503-521.

ESTA TESIS NO DEBE  
ESTAR EN LA BIBLIOTECA  
SALUD DE LA

8.-Zeiguer BK, Examen en las adolescentes. En: Zeiguer BK. Ginecología infanto-juvenil Panamericana Buenos Aires. 1988:62-07.

9.-Sumano EA. Examen ginecológico. Manual de procedimientos en Medicina de Adolescente. Hospital General centro Médico la Raza. IMSS, 1995:7-8.

10.-Méndez JR, Tempone A, Pareyra BP. Motivos de consulta ginecológica, más frecuentes en la adolescente. Rev. Mex. Ped. Vol XLVII, No. 11, nov 1980:629-635.

11.-Sumano EA, Ruano SF, García PZ. Pubertad y sus variantes, Medicina Interna Pediátrica. Hospital General Centro Médico La raza. IMSS. 1995.

12.-Méndez JR. Problemas ginecológicos comunes. En: Silve TJ, Munist MM, Madaleno M, Suárez EN, editores: Manual de la Adolescencia. Washington, DC: OPS. Serie Paltex para ejecutores de programas de salud, No. 20, 1992:250-263.

13.-Alteraciones del Ciclo Menstrual. En: Medicina ambulatoria de adolescentes. Guía práctica de diagnóstico y tratamiento. FUSA 2000 Editora. Fundación para la salud del adolescente año 2000. Fundación W.K Kellog. 1992:221-228.

14.-Dismenorrea. En: Medicina ambulatoria de adolescentes. Guía práctica de diagnóstico y tratamiento. FUSA 2000 Editora. Fundación para la salud del adolescente año 2000. Fundación W:K Kellog, 1992:229-232.

15.-Mendoza FM. Trastornos Menstruales en la Adolescente. En: Rodríguez JA. Curso Precongreso Gineco-Obstetricia de la Adolescente. XI Congreso Mexicano de Ginecología y Obstetricia. Federación mexicana de Ginecología y Obstetricia, A. C. Asociación Mexicana de Ginecología y Obstetricia A. C. 1995:8-10.

**16.- Pinsonneault O; Peter DG, Padecimientos ginecológicos en la adolescente. Sangrado Uterino Disfuncional y Nódulos mamarios: (segunda parte), Rev. Mex. Ped. 54; 5, 1987:207-211.**

**17.- Zeiguer BK. Las mamas y su patología. En: Zeiguer BK, Ginecología infanto-juvenil. Panamericana Buenos Aires. 1988:341-355.**

**18.- Rosas JA, Anomalías genitales congénitas. Problemas del desarrollo mamario. En: Rodríguez JA. Curso precongreso Gineco-obstetricia de la adolescente XI Congreso Mexicano de Ginecología y Obstetricia. Federación Mexicana de Ginecología y Obstetricia A. C. Asociación Mexicana de Ginecología y Obstetricia, A. C. 1995:10-13.**

**19.-Mariam R, Chacko y Charles R. Woods. Infecciones ginecológicas en infancia y adolescencia. En: Feigin-Cherry, Tratado de Infecciones en Pediatría, 3ª edición, Interamericana McGraw-Hill. 1995:563-600.**

**20.- Covarrubias RE, Vulvovaginitis. Revisión de un año. Boletín Clínico del Hospital Infantil del Estado de Sonora. Vol 8, No. 2, 1991:42-46.**

**21.-Coupey SM, Ahhistrom P. Trastornos menstruales comunes. Ginecología y Obstetricia en adolescentes. Clínicas Pediátricas**

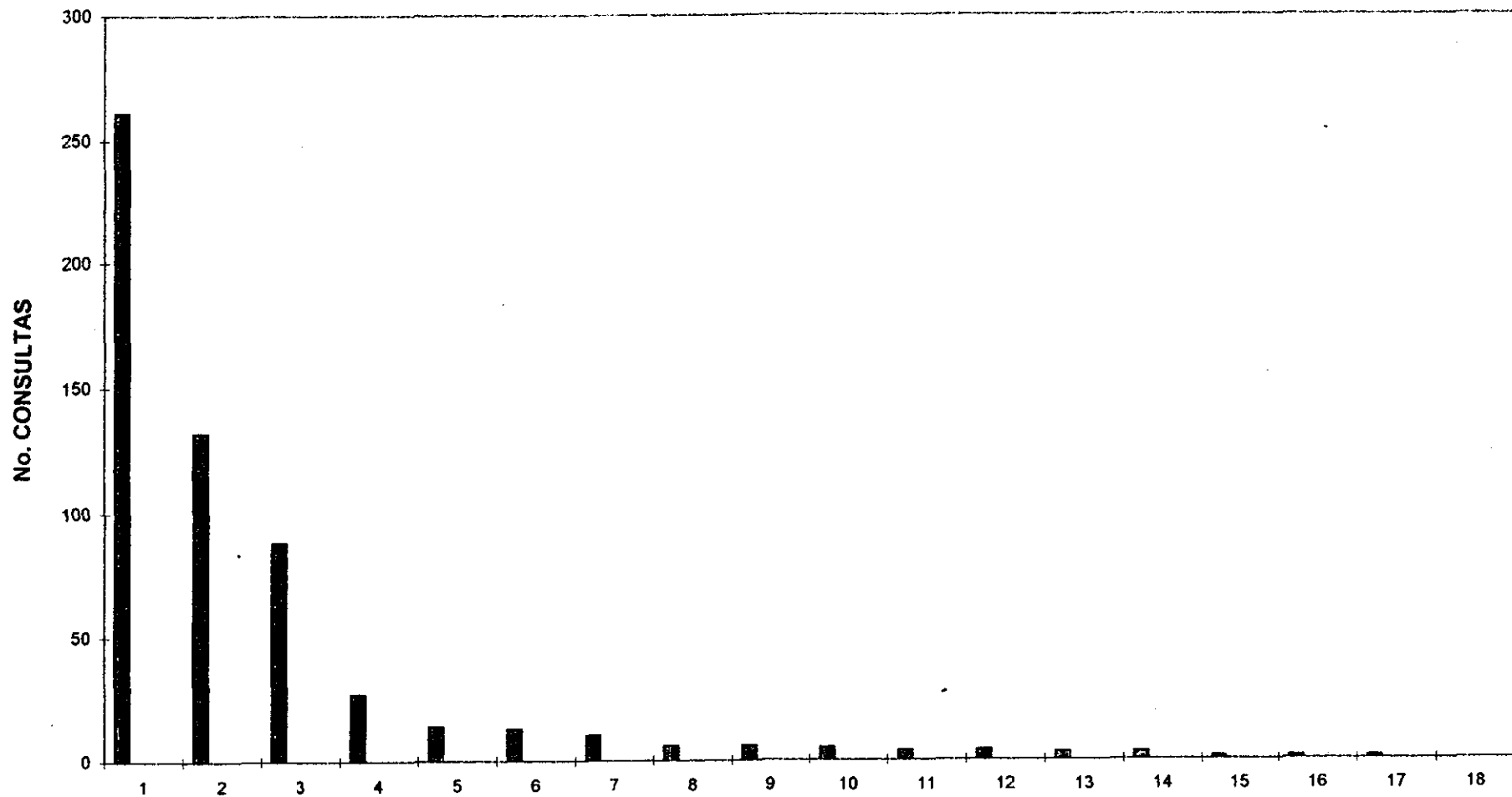
***CUADROS Y DIAGRAMAS.***

PADECIMIENTO		TOTAL	PORCENTAJE
1	Tran. mens	261	45,10%
2	Vulvovaginitis	132	22,8
3	Pat. mama	88	15,2
4	Quist. ovario	27	4,7
5	Ab. Sexual	14	2,41
6	Tum. Ovario	13	2,24
7	Dolor Pélvico	10	1,72
8	Malf. genita.	6	1,03
9	EPI	6	1,03
10	Embarazo	5	0,86
11	Hematometra	4	0,69
12	Alt. pubertad	4	0,69
13	Condilomas	3	0,51
14	Sal. reprod.	3	0,51
15	Enf. T. sex.	1	0,17
16	Traum genit.	1	0,17
17	polip. cervical	1	0,17
18	Absceso vul.	0	0
TOTAL		579	100

TABL. 1: PORCENTAJE DE PADECIMIENTOS GINECOLOGICOS EN ADOLESCENTES.



# PADECIMIENTOS GINECOLOGICOS



GRÁFICA 1:PADECIMIENTOS GINECOLOGICOS. LA NUMERACION CORRESPONDE A LA TABLA 1.

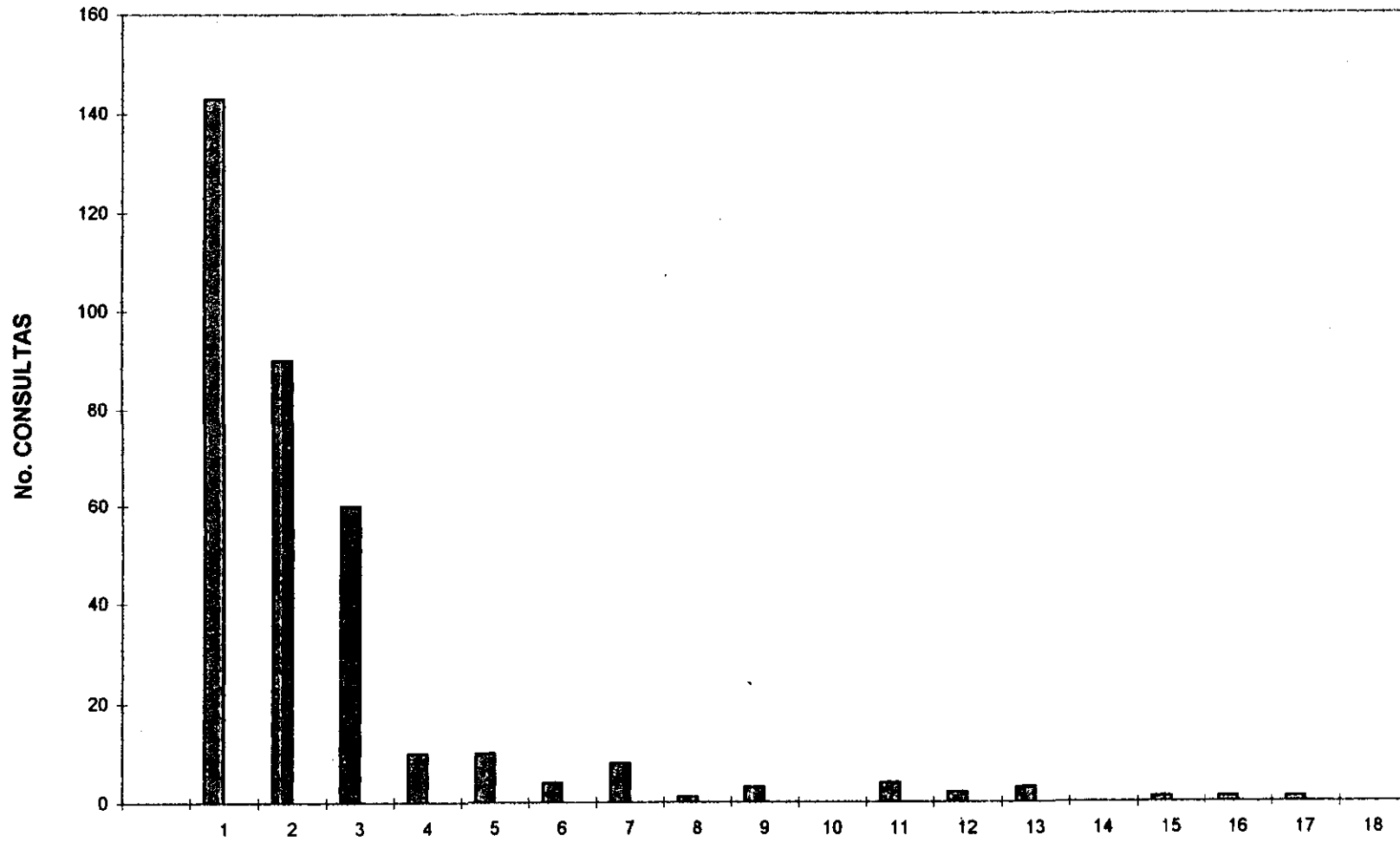
## PADECIMIENTOS

## 10-14AÑOS PORCENTA. 15-19 AÑOS PORCENTAJE

1	Tran. mens.	143	24,69	118	20,37
2	Volvuvaginitis	90	15,54	42	7,25
3	Pat. mama	60	10,36	28	4,84
4	Quist. ovario	10	1,72	17	2,96
5	Ab. sexual	10	1,72	4	0,69
6	Tum. ovario	4	0,69	9	1,56
7	Dolor pélvico	8	0,38	2	0,35
8	Malf. genita.	1	0,17	5	0,86
9	EPI	3	0,51	3	0,51
10	Embarazo	0	0	5	0,86
11	Hematometra	4	0,69	0	0
12	Alt. pubertad	2	0,34	2	0,34
13	Condilomas	3	0,51	0	0
14	Sal. reprod.	0	0	3	0,51
15	Enf. T. sex.	1	0,17	0	0
16	Traum. genit.	1	0,17	0	0
17	polip. cervical	1	0,17	0	0
18	absceso vul.	0	0	0	
	TOTAL	341	58,9	238	41,1

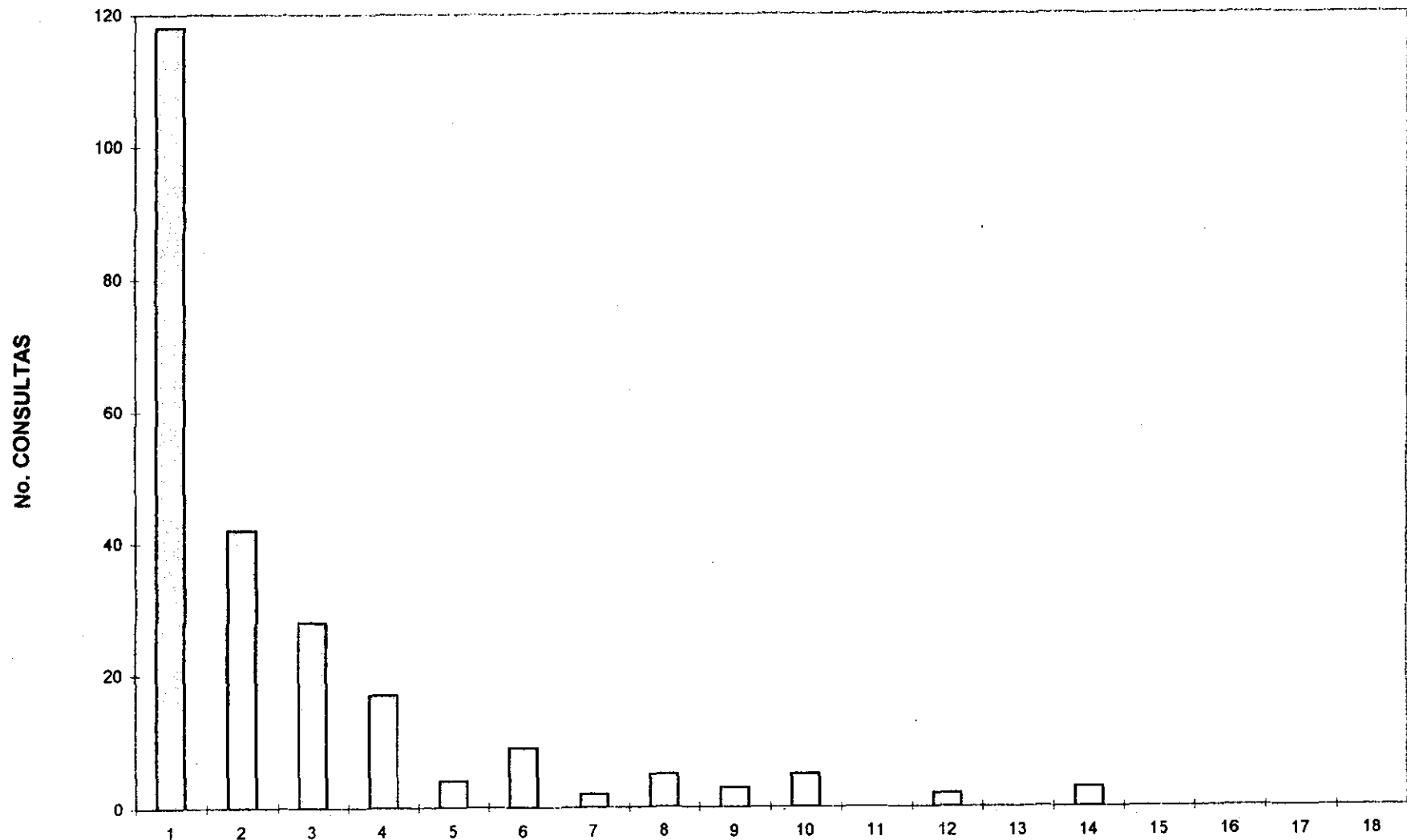
TABL. 2: PORCENTAJE DE PADECIMIENTOS GINECOLOGICOS POR EDAD.

## PADECIMIENTOS GINECOLOGICOS POR EDAD



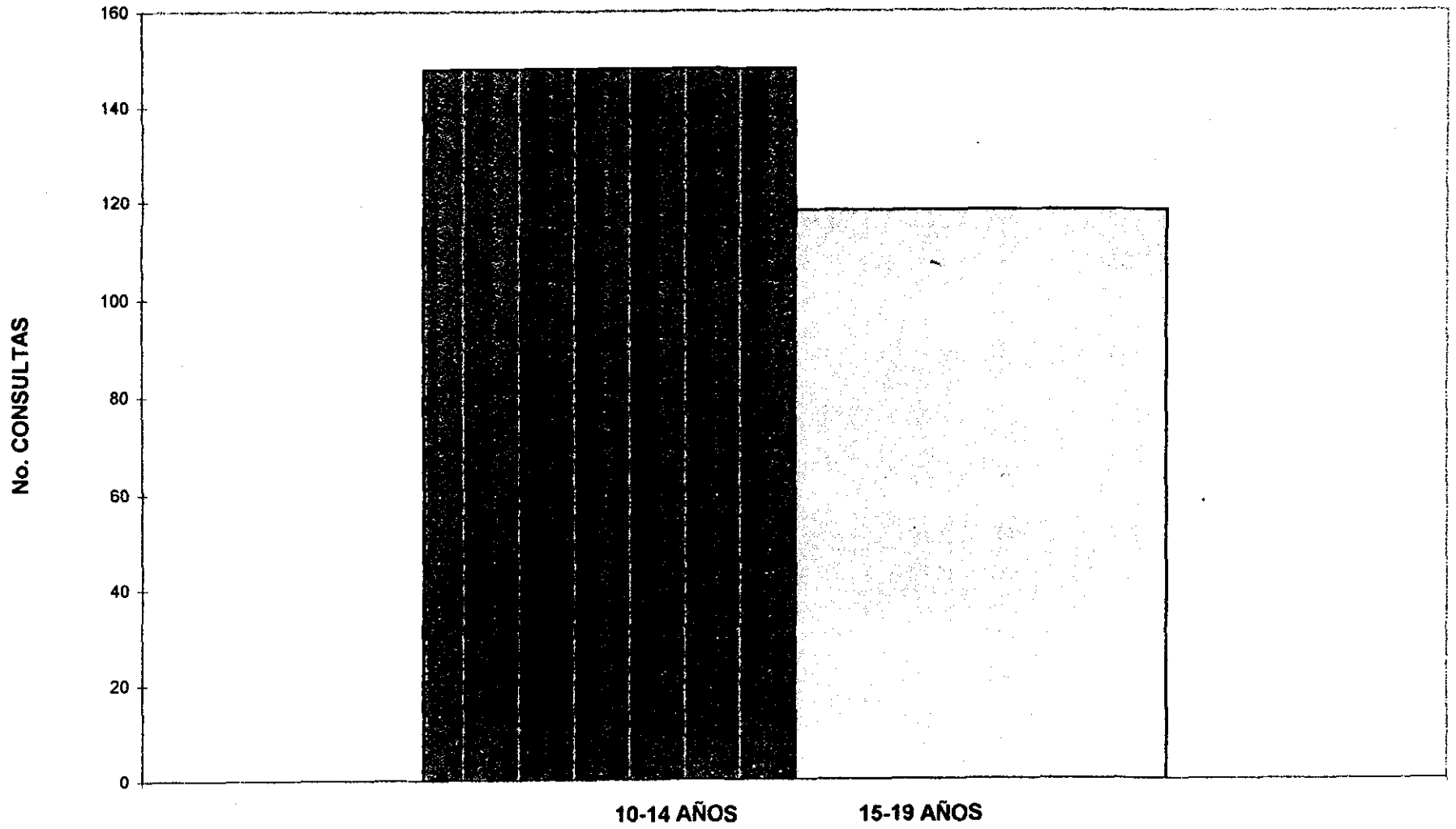
GRAFICA 2: PADECIMIENTOS GINECOLOGICOS EN ADOLESCENTES DE 10-14 AÑOS. LA NUMERACION CORRESPONDE A LA TABLA 2.

### PADECIMIENTO GINECOLOGICOS POR EDAD.



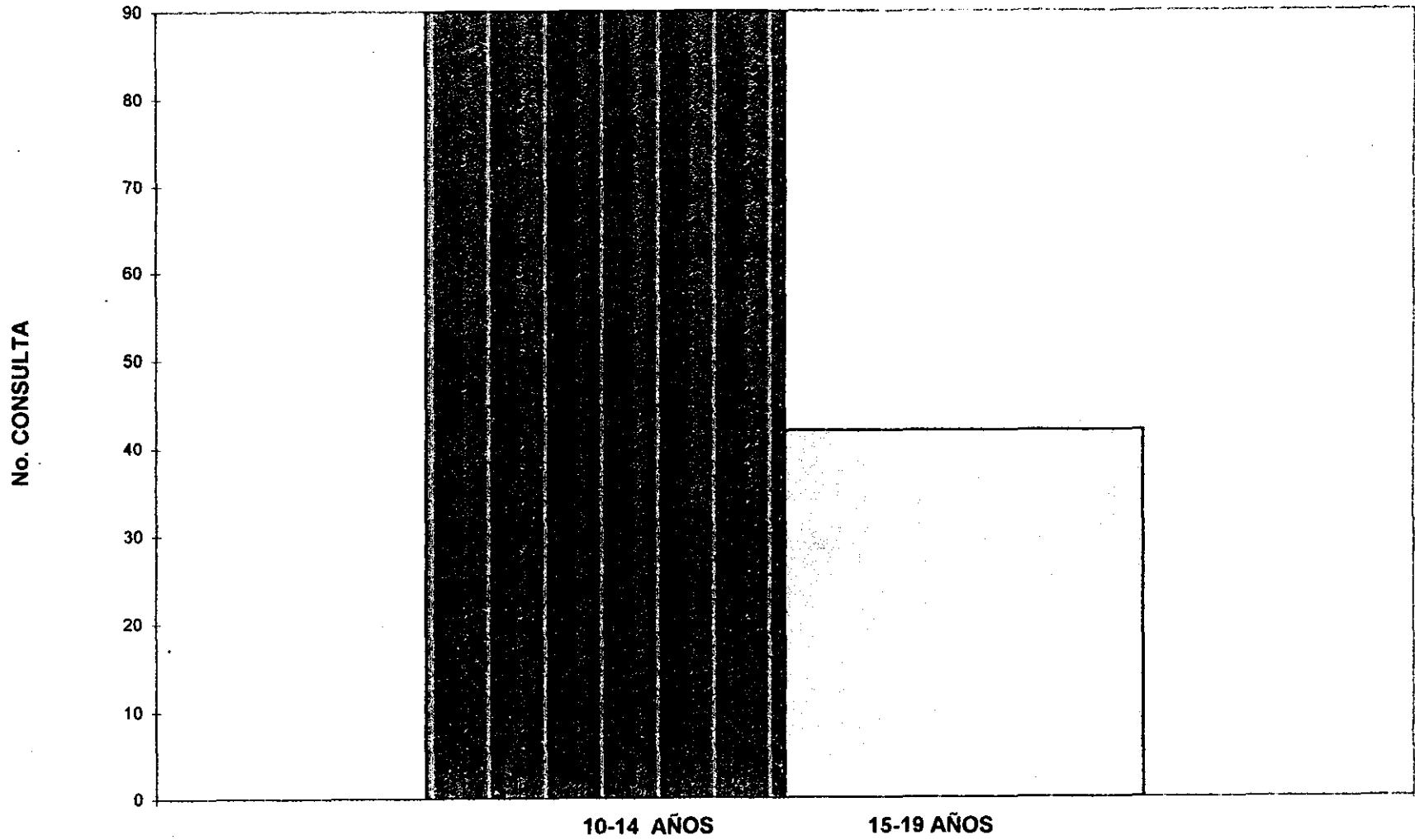
GRAFICA 3: PADECIMIENTOS EN ADOLESCENTES DE 15-19 AÑOS. LA NUMERACION CORRESPONDE A LA TABLA 2.

### TRASTORNOS MENSTRUALES



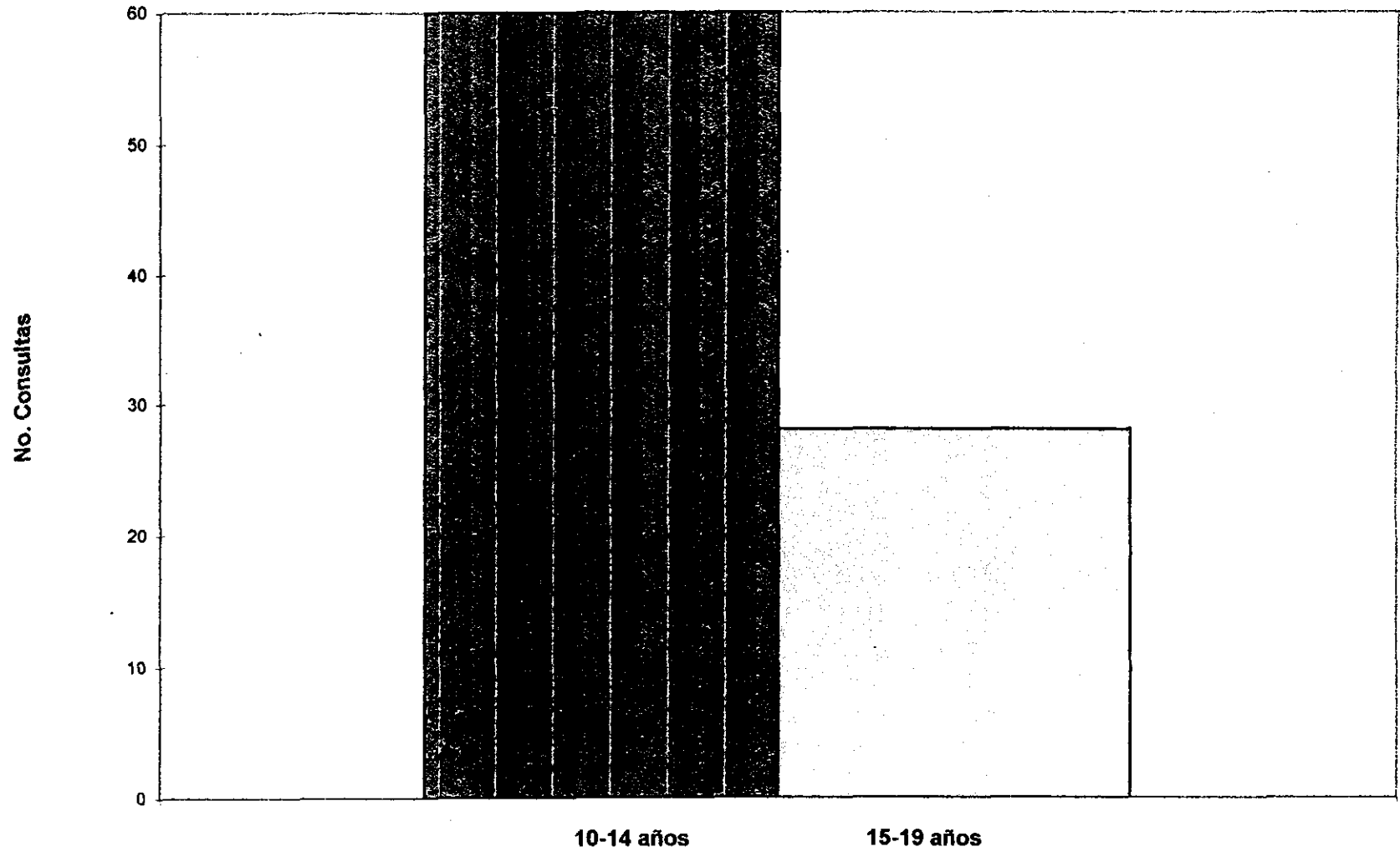
GRAFICA 4: TRASTORNOS MENSTRUALES POR EDAD.

# VULVOVAGINITIS



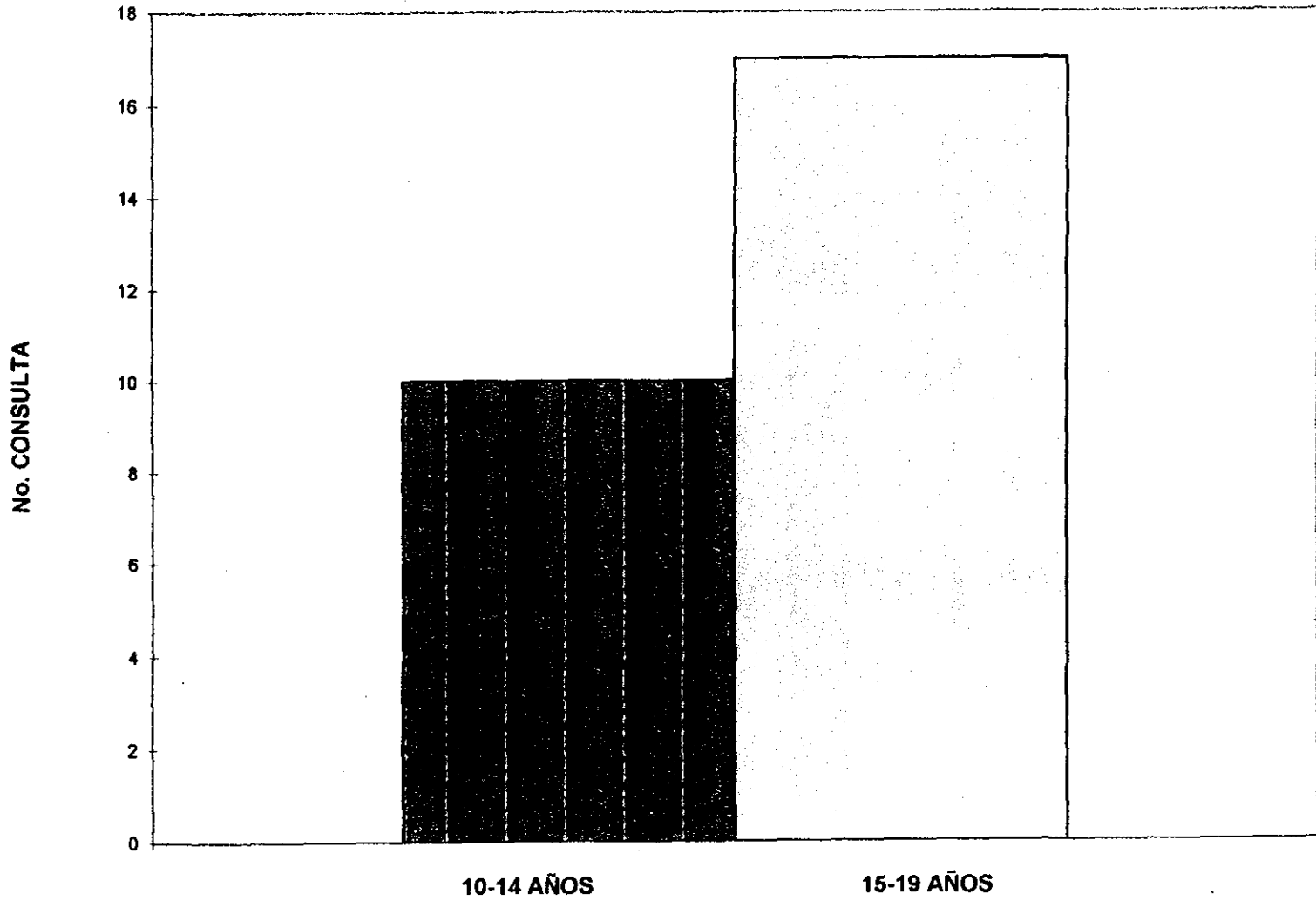
GRAFICA 5: VULVOVAGINITIS POR EDAD.

# PATOLOGIA DE MAMA



GRAFICA 6: PATOLOGIA DE MAMA POR EDAD.

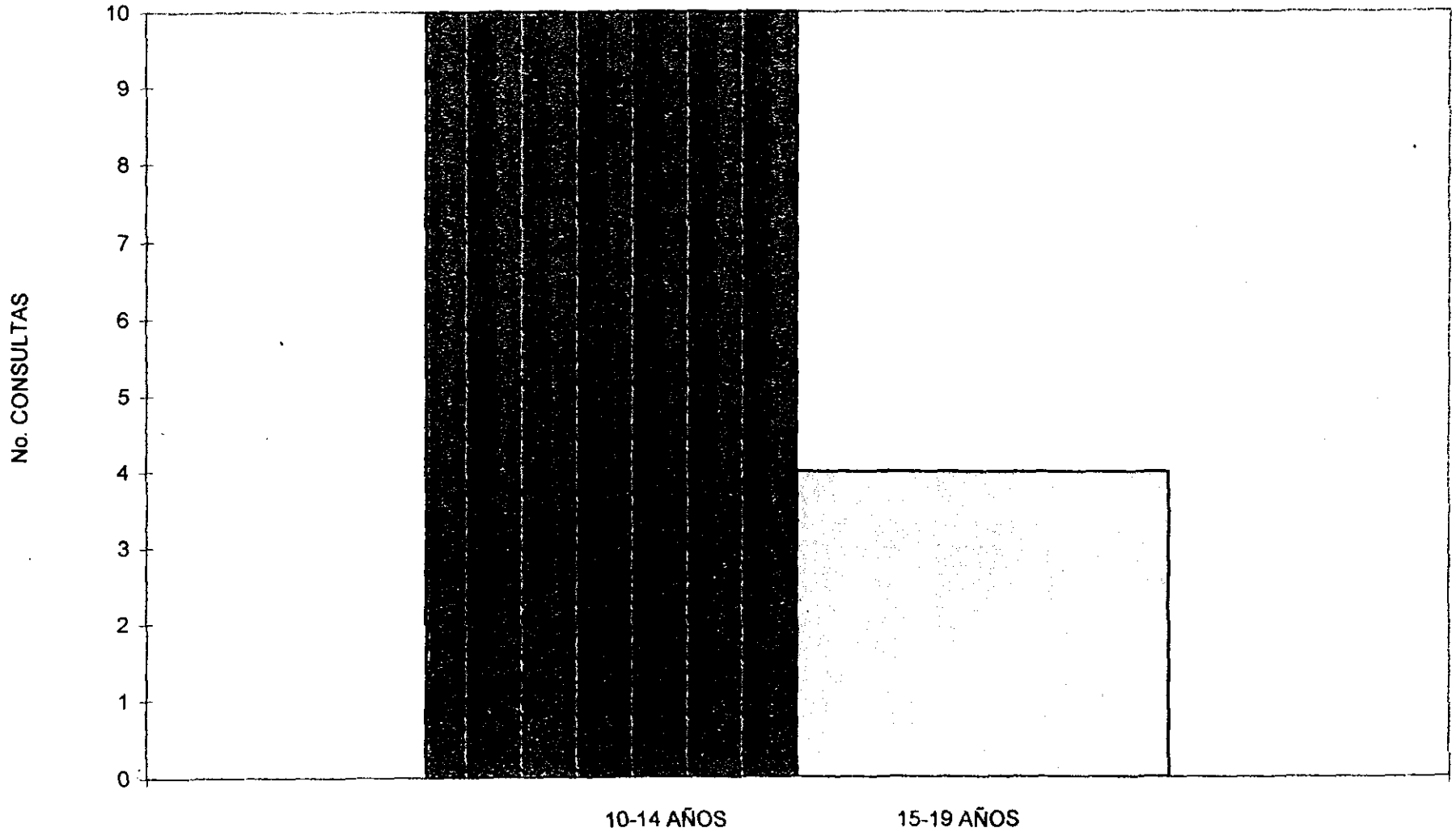
### QUISTE DE OVARIO



GRAFICA 7: QUISTE DE OVARIO POR EDAD.

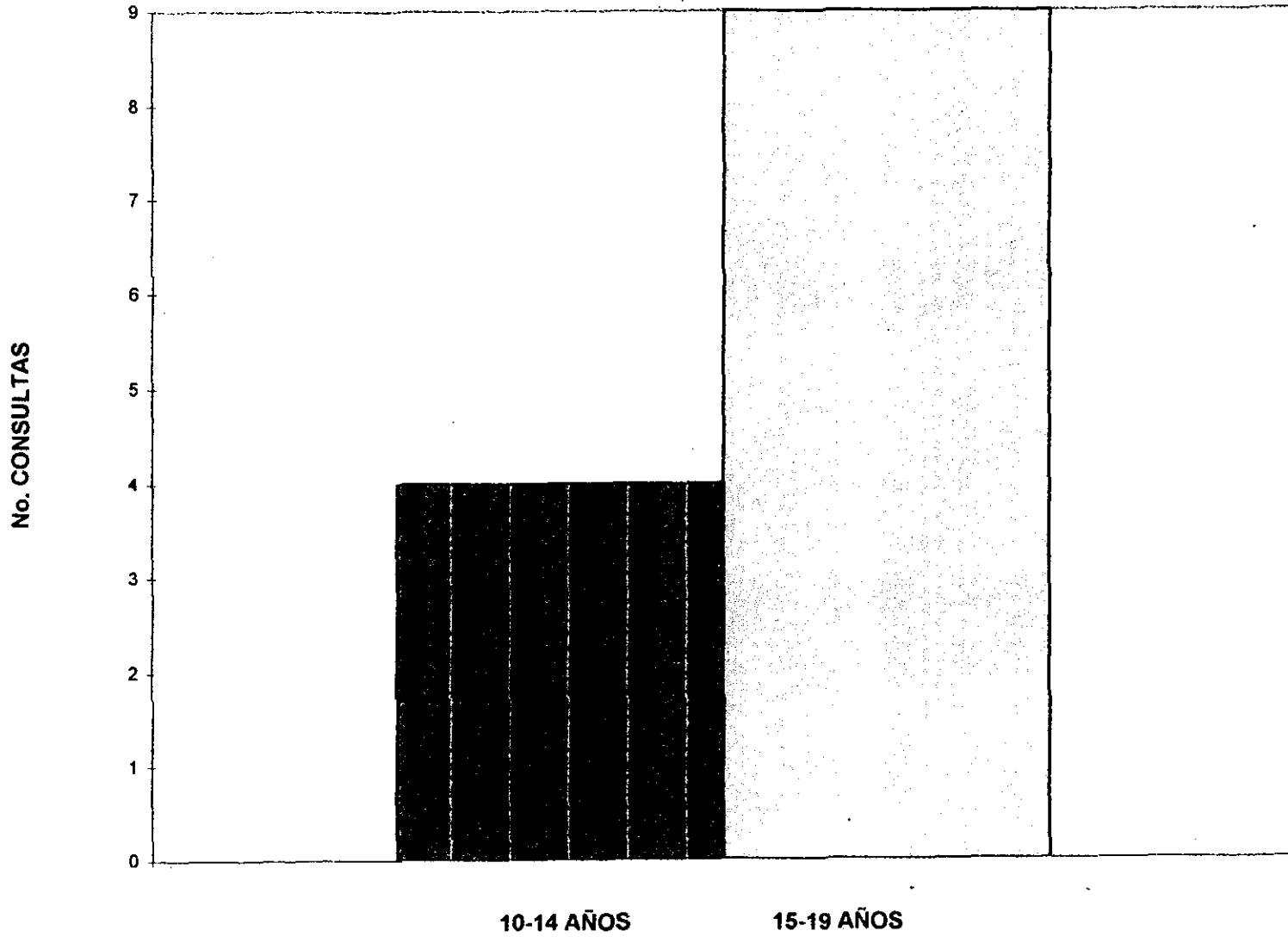


ABUSO SEXUAL



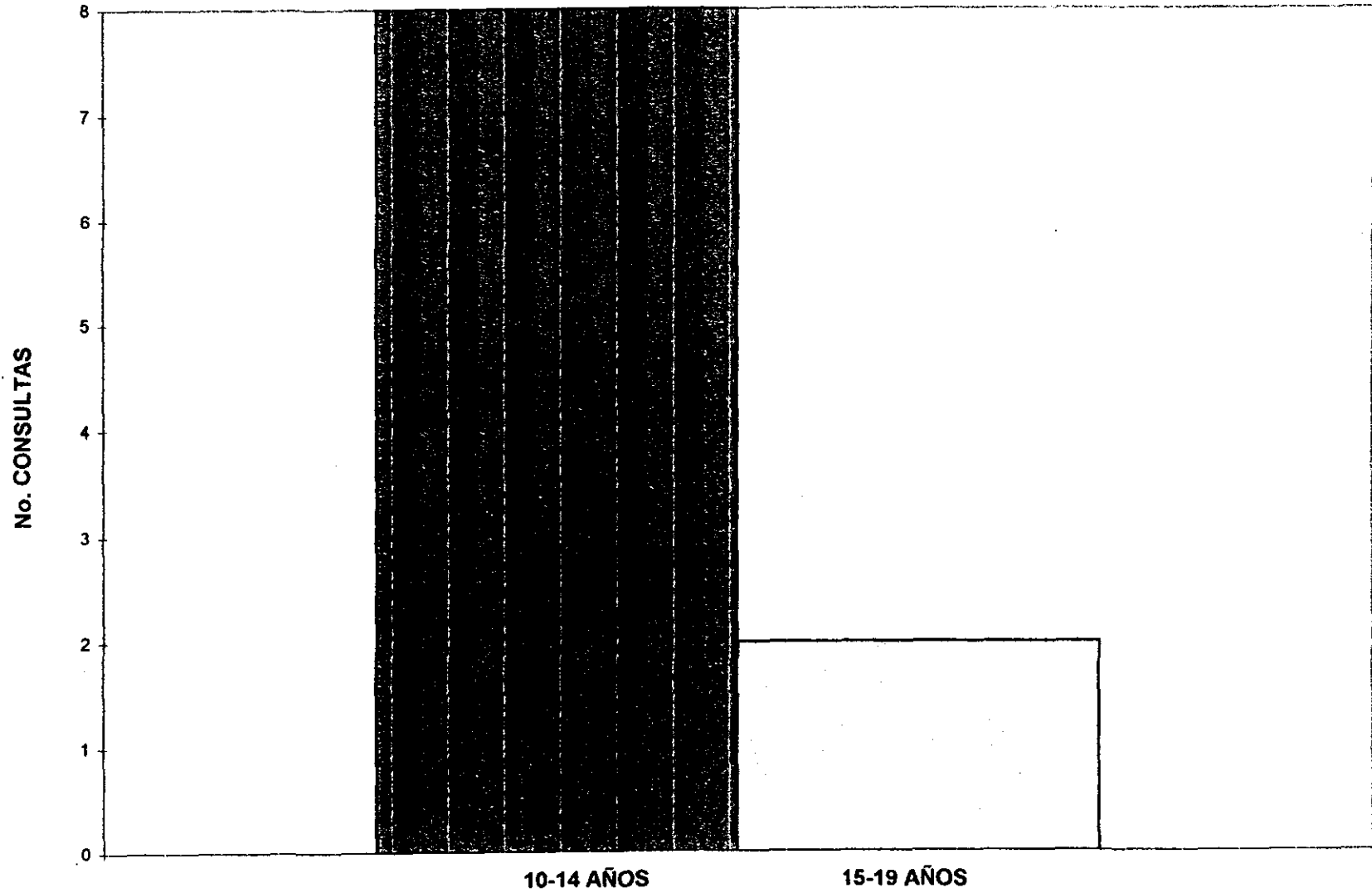
GRAFICA 8:ABUSO SEXUAL POR EDAD.

### TUMORES DE OVARIO



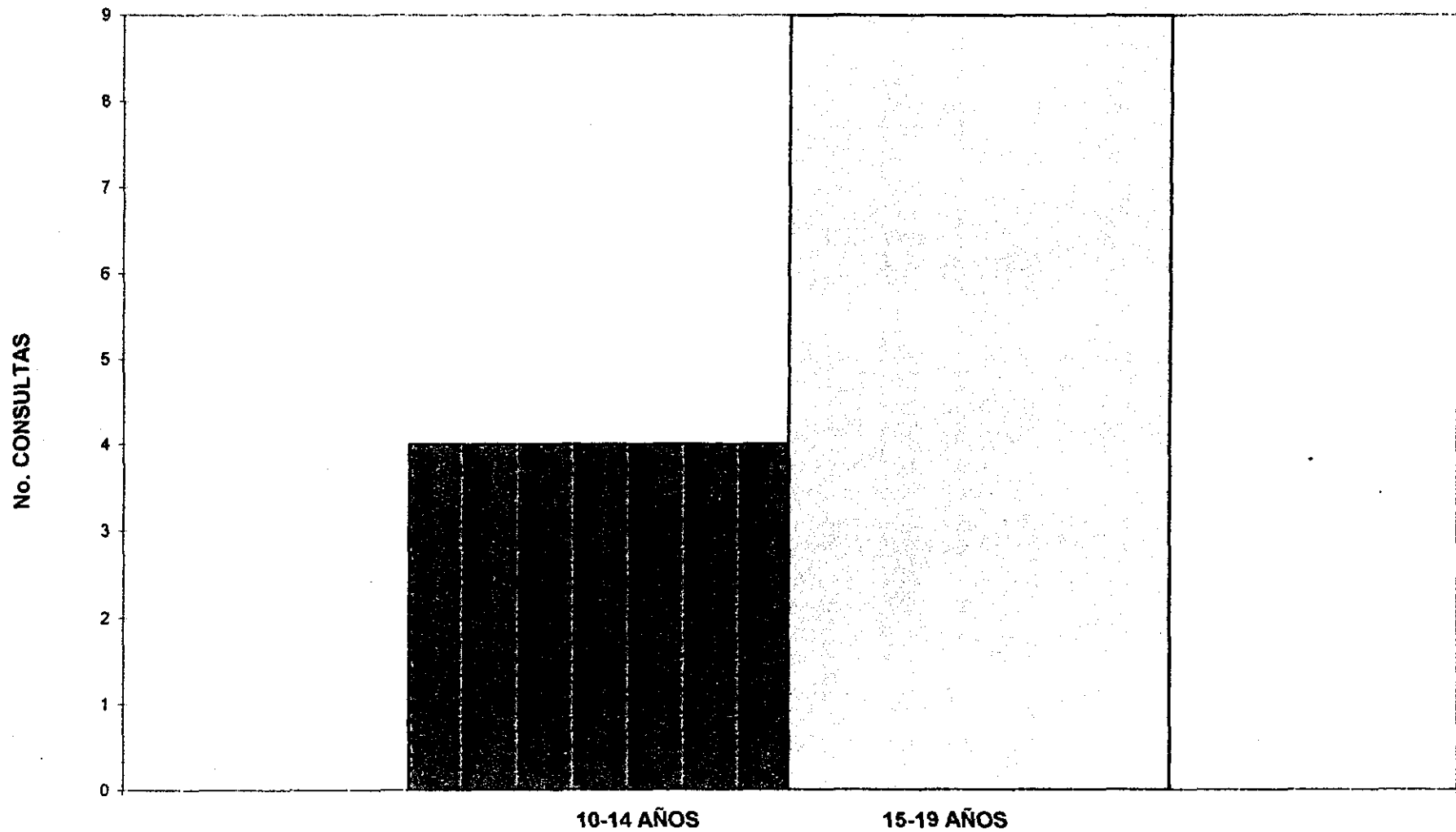
GRAFICA 9: TUMORES DE OVARIO POR EDADES.

# DOLOR PELVICO



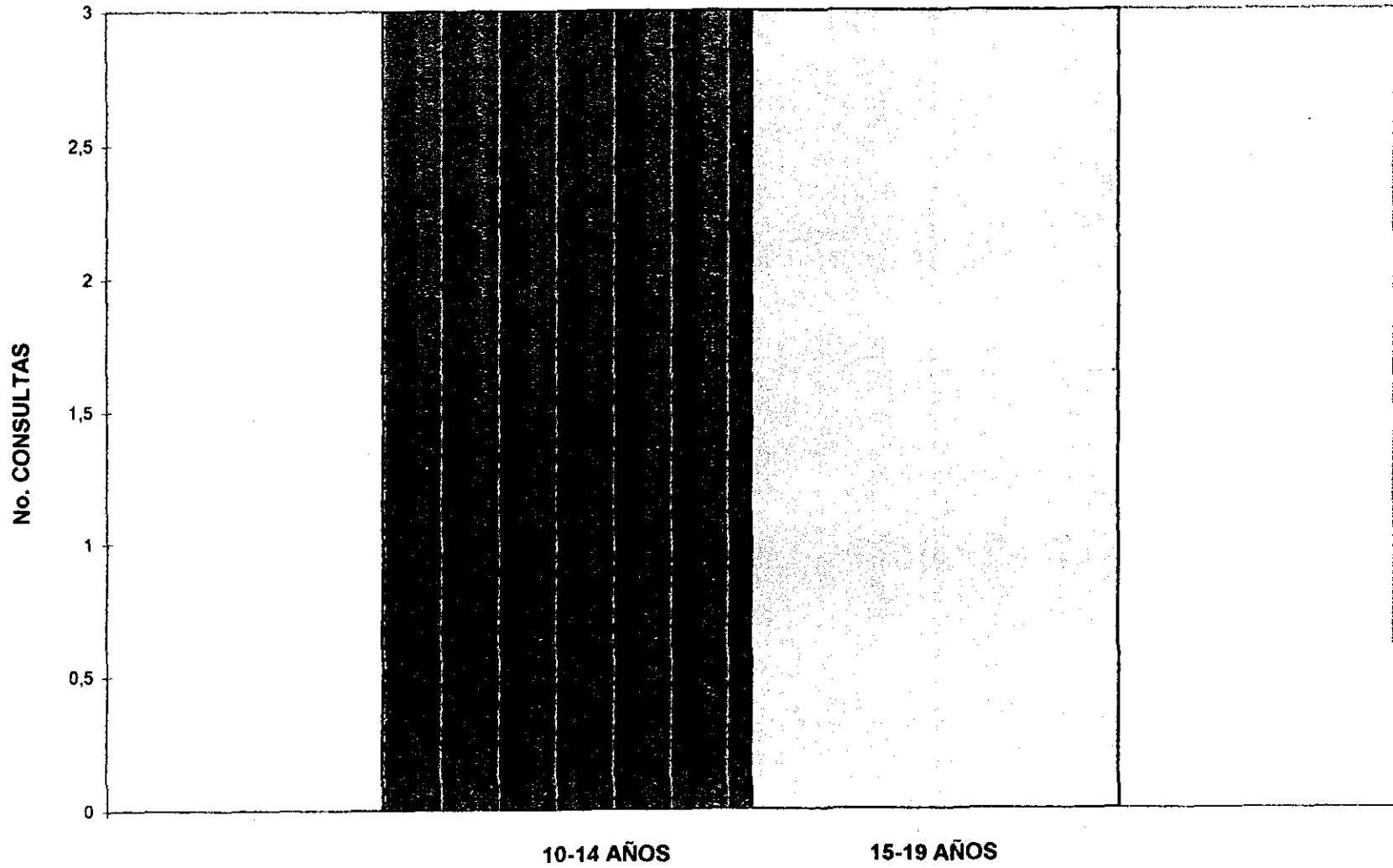
GRAFICA 10: DOLOR PELVICO POR EDADES.

### MALFORMACION GENITAL



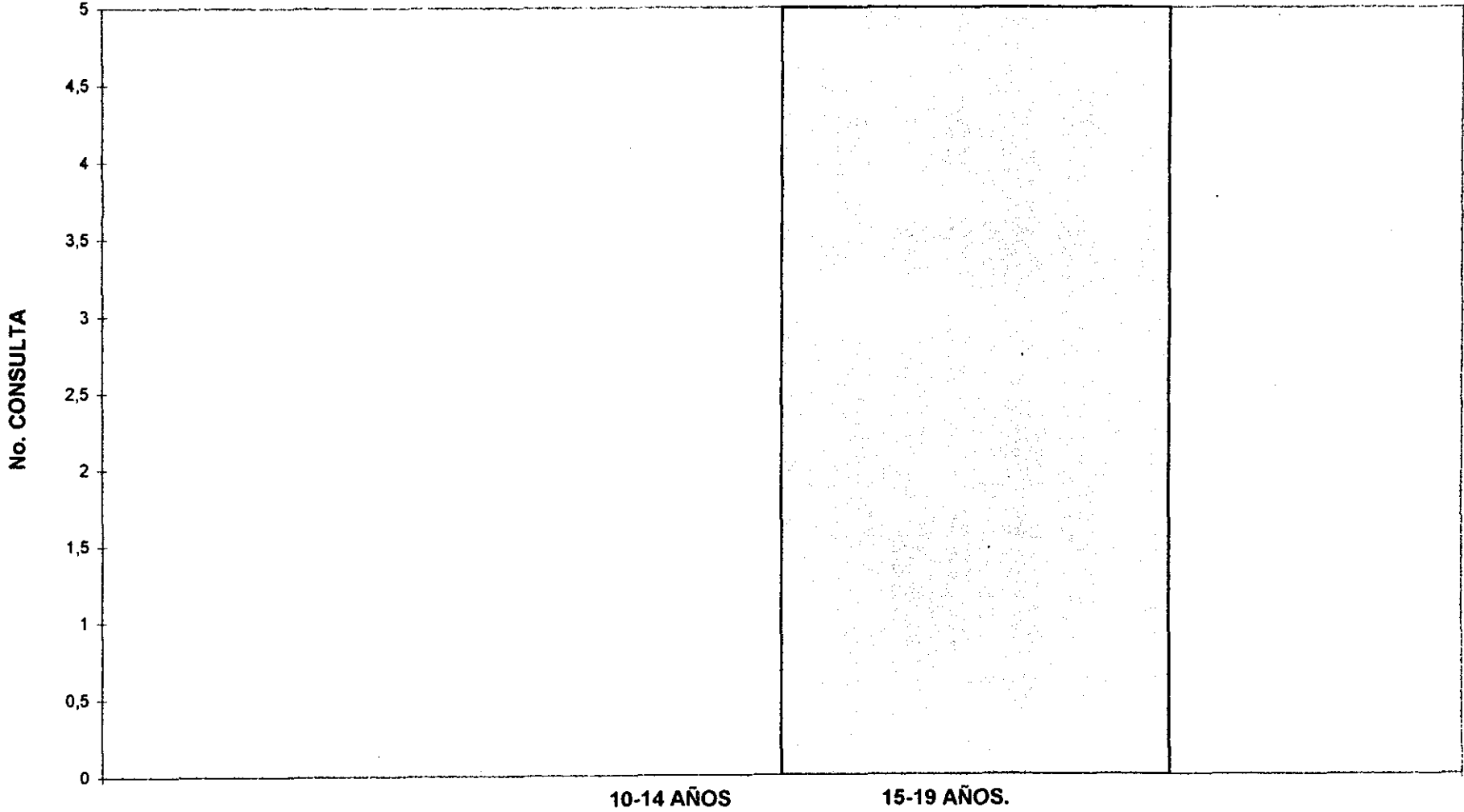
GRAFICA 11: MALFORMACION GENITAL POR EDADES.

# ENFERMEDAD PELVICA INFLAMATORIA



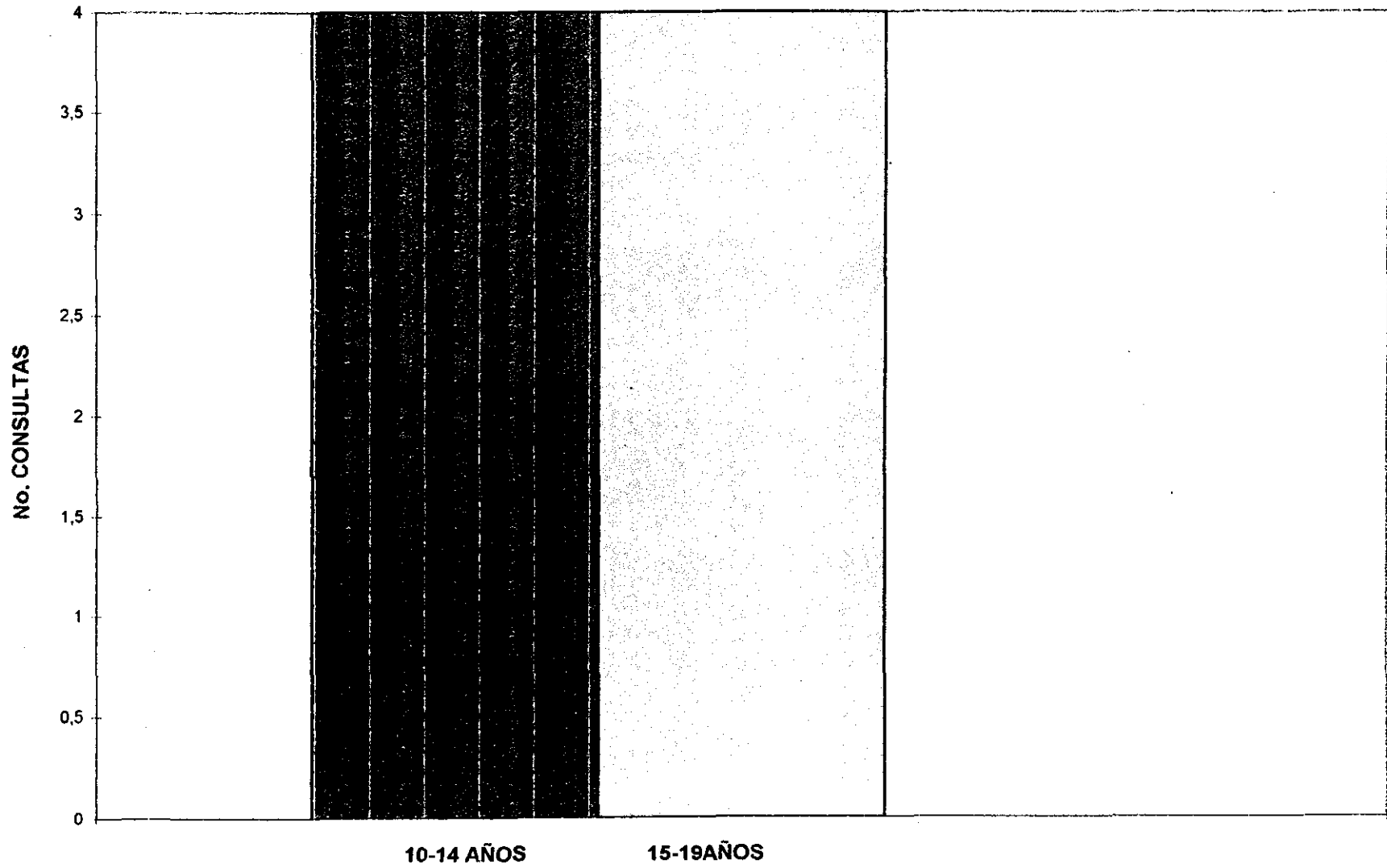
GRAFICA 12: ENFERMEDAD PELVICA INFLAMATORIA POR EDADES.

**EMBARAZO**



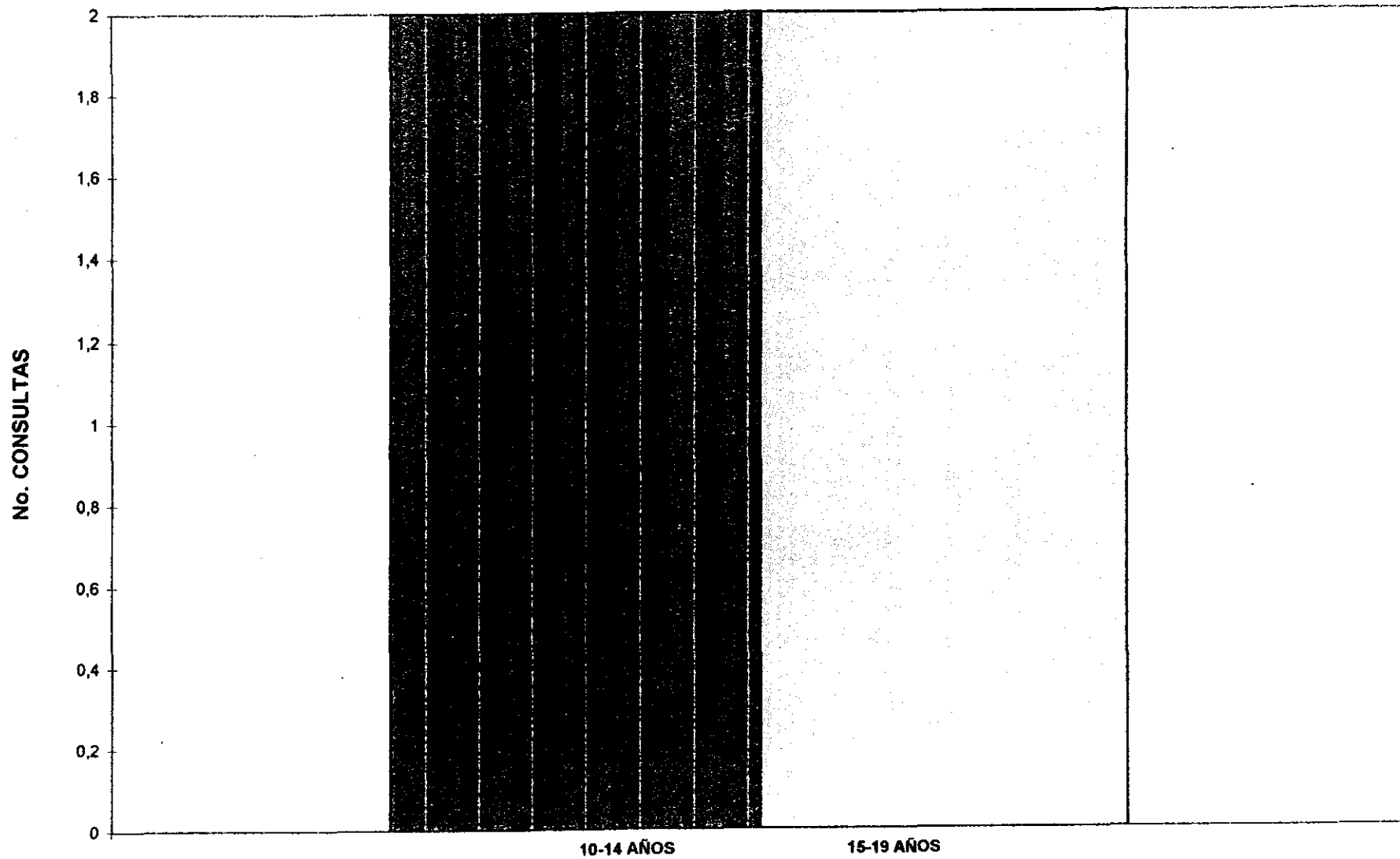
GRAFICA 13. EMBARAZO POR EDADES.

# HEMATOMETRA



GRAFICA 14: hEMATOMETRA POR EDADES.

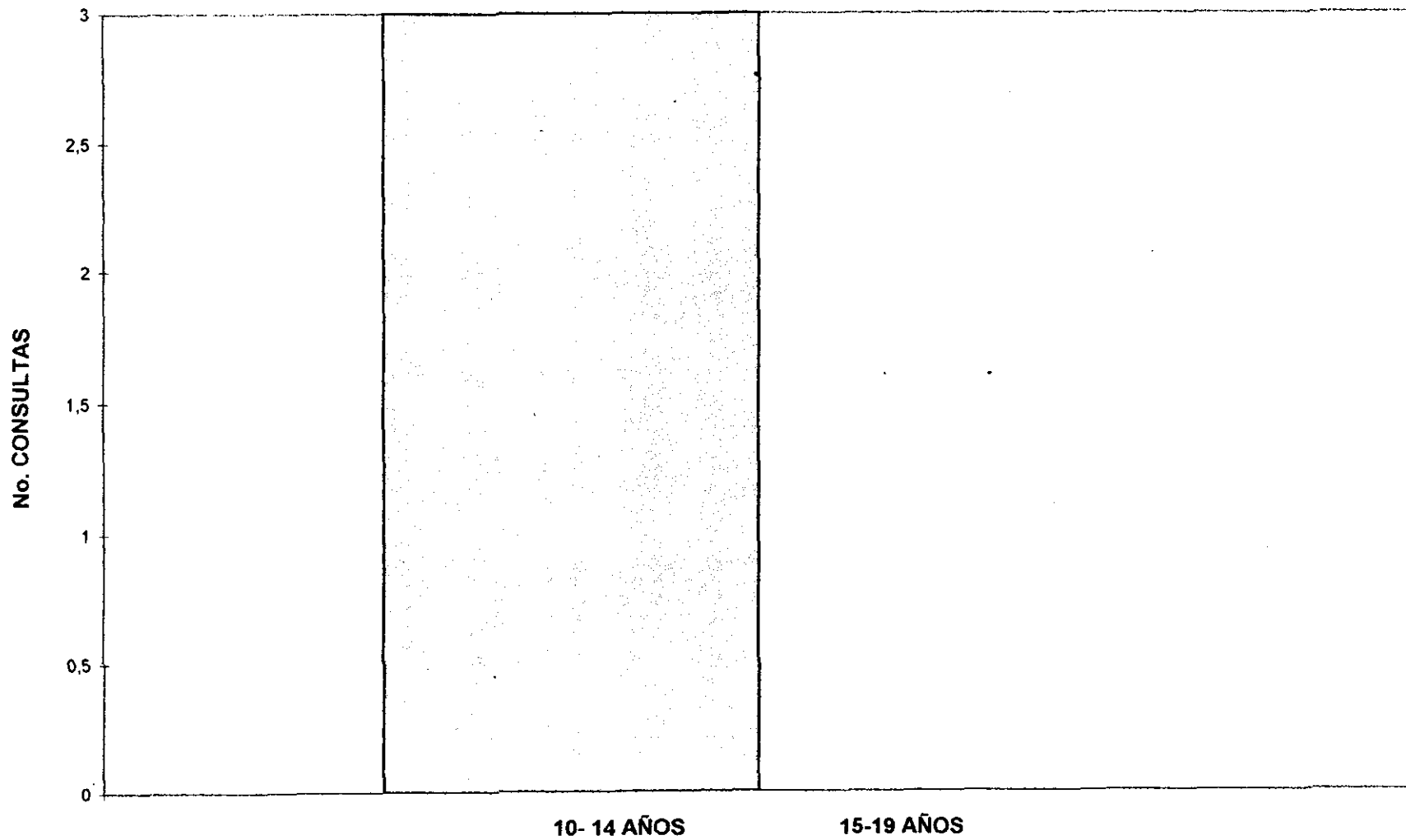
# ALTERACIONES DE LA PUBERTAD



GRAFICA 15: ALTERACIONES DE LA PUBERTAD POR EDADES.

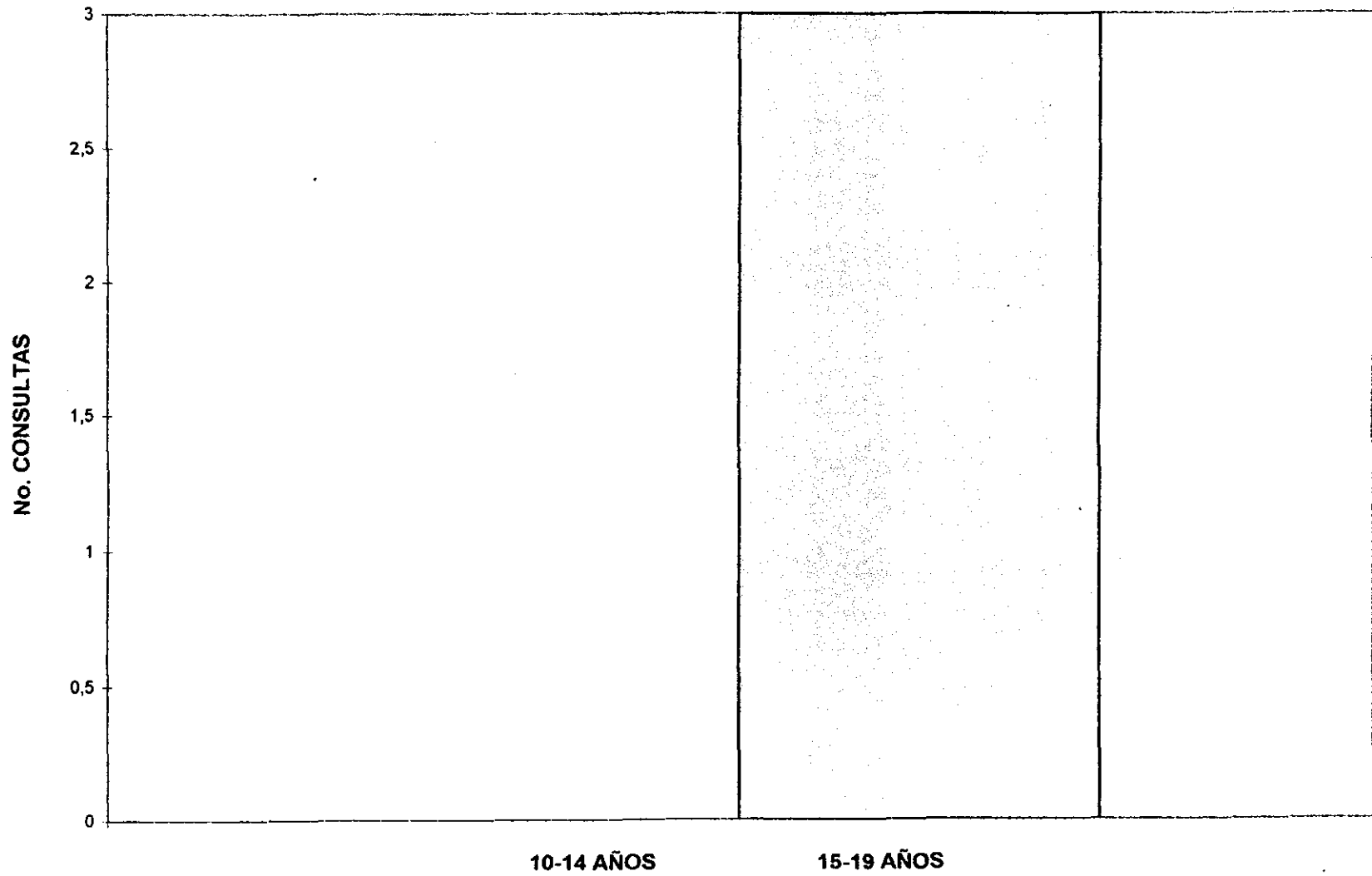


**CONDILOMATOSIS**



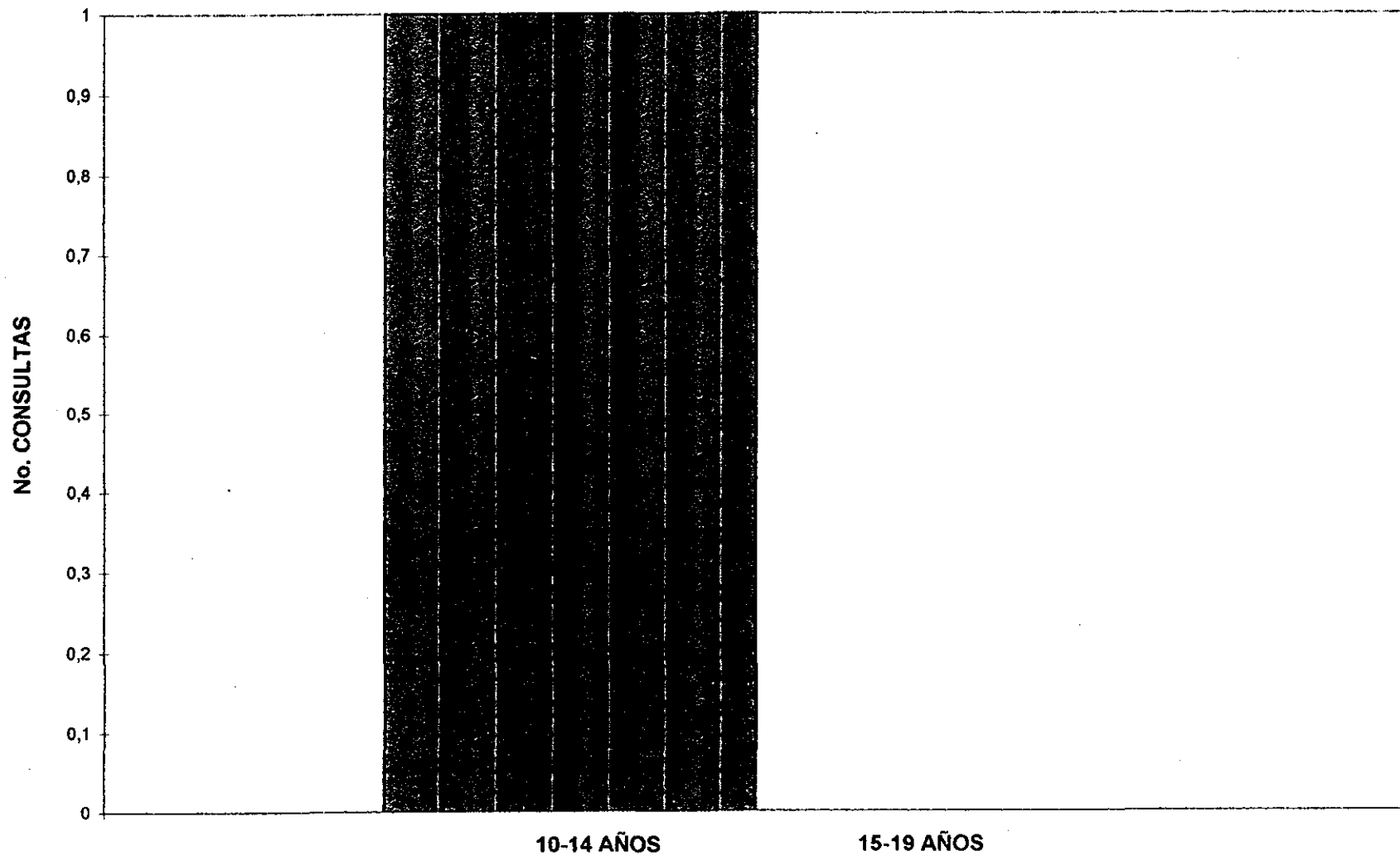
GRAFICA 16: CONDILOMATOSIS POOR EDADES.

### SALUD REPRODUCTIVA



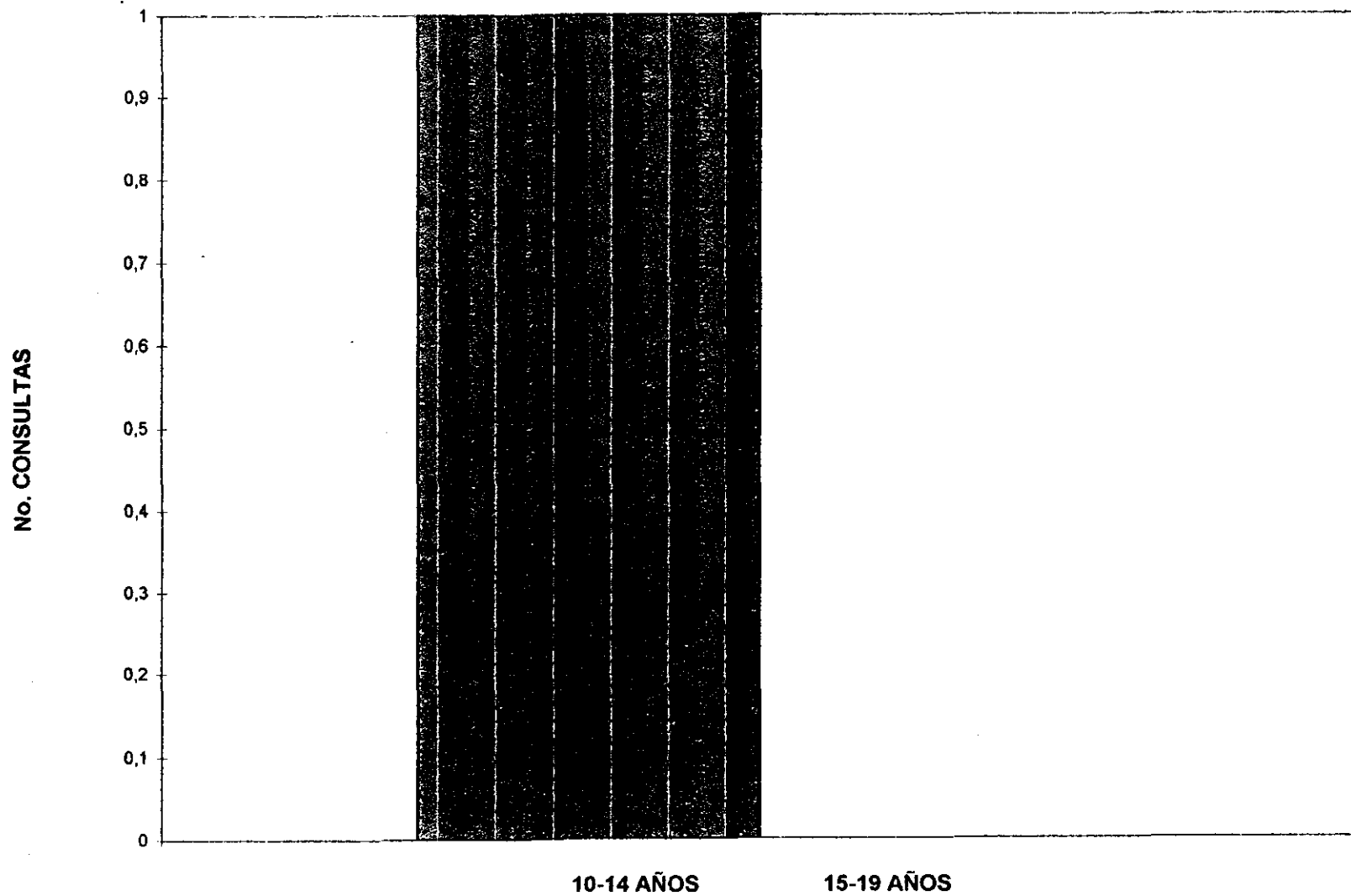
GRAFICA 17: SALUD REPRODUCTIVA POR EDADES.

### ENFERMEDADES DE TRASMISION SEXUAL



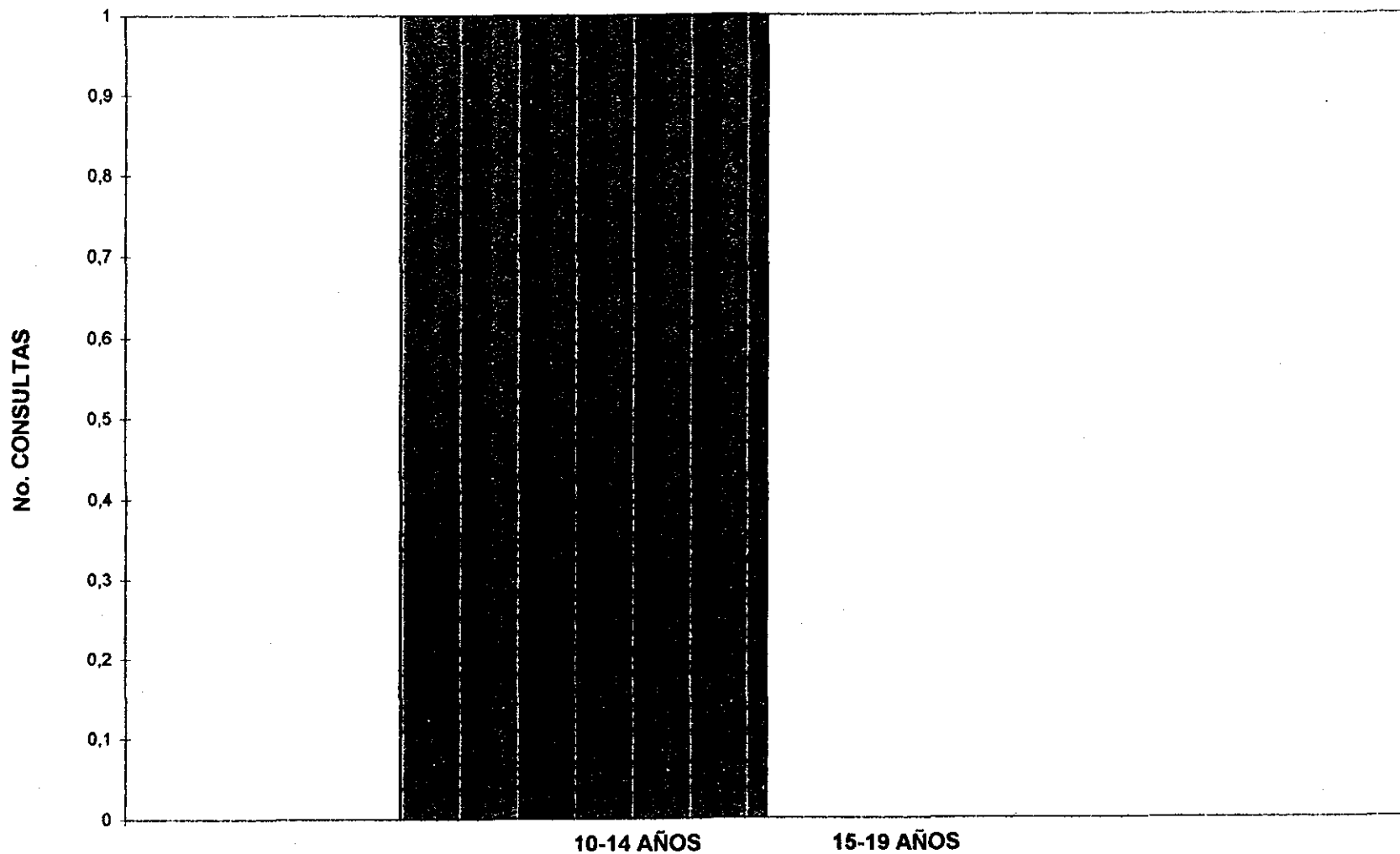
GRAFICA 18: ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL POR EDADES.

# TRAUMATISMO GENITAL



GRAFICA 19: TRAUMATISMO GENITAL POR EDADES.

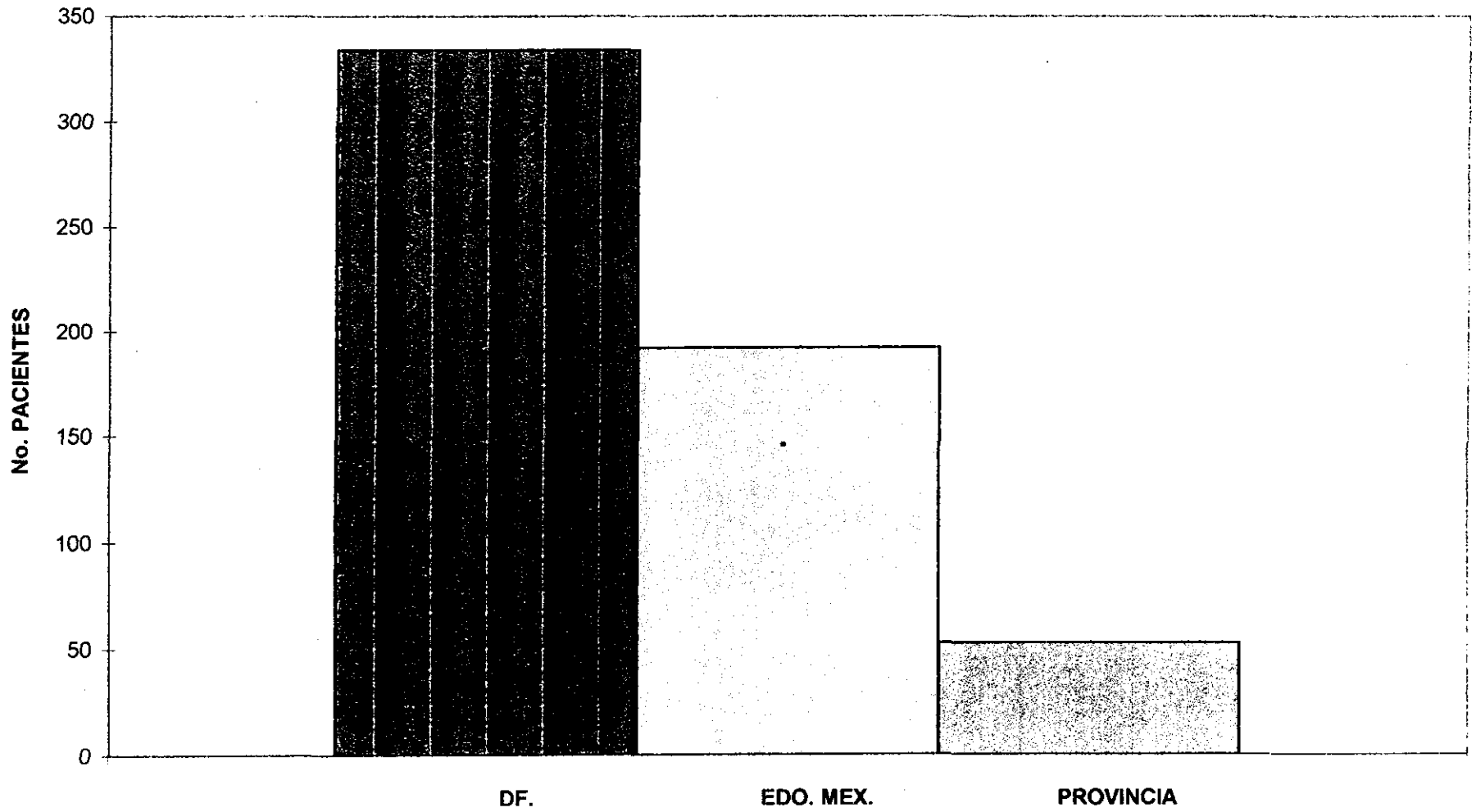
### POLIPOS CERVICALES



GRAFICA 20: POLIVOS CERVICALES POR EDADES.

PROCEDENCIA	TOTAL	PORCENTAJE
DISTRITO FEDERAL	334	57,69
ESTADO DE MEXICO	192	33,16
PROVINCIA	53	9,15
TOTAL	579	100

TABLA 3: PROCEDENCIA DE LAS PACIENTES



GRAFICA 21: PROCEDENCIA.