

|                                                                                                  |                                                              |                                                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|                 | <b>SERVICIO PEDIATRÍA</b><br>DEPARTAMENTO CLÍNICO-MALVARROSA |  |
| <b>PROBLEMAS GINECOLÓGICOS</b>                                                                   |                                                              | Endocrinología<br>pediátrica                                                        |
| Julia Sánchez Zahonero, Inmaculada Tarazona Casany, Rocio García Domínguez y Ángel Valls Arévalo |                                                              | V1. Mayo 2020                                                                       |

## 1. HEMORRAGIA VAGINAL

La **ÚNICA** causa de hemorragia vaginal que es subsidiaria de remisión a la consulta de Endocrinología Pediátrica es la **MENARQUIA PRECOZ**, en el contexto de una pubertad precoz.

En cuanto al resto de entidades, la mayoría se puede resolver en Atención Primaria.

A continuación, se mencionan las causas más frecuentes de hemorragia vaginal, y en caso de precisar derivación al hospital, a dónde se deben dirigir:

### 1. EN ETAPA NEONATAL:

**1.1. HEMORRAGIA DE LA PRIMERA SEMANA DE VIDA:** se debe al desprendimiento endometrial secundario a la privación de los estrógenos maternos. Es un evento normal.

**1.2. PÓLIPOS DEL HIMEN:** se detectan al nacimiento como una excrecencia en el himen. Generalmente regresan con la privación de estrógenos maternos, pero si no desaparecen y causan molestias se pueden extirpar.

### 2. VULVOVAGINITIS

**3. HEMATURIA:** podría precisar derivación a **Nefrología Pediátrica**.

**4. CUERPOS EXTRAÑOS:** suelen presentar una secreción teñida de sangre y maloliente. Si se sospecha, derivar a **Urgencias Pediátricas**.

### 5. TRAUMATISMOS:

**5.1. Secundarios a accidentes casuales:** si son muy aparatosos, derivar a **Urgencias Pediátricas**.

**5.2. Sospecha de abuso sexual:** poner en marcha el protocolo de abuso sexual infantil.

**6. EXPOSICIÓN A ESTRÓGENOS EXÓGENOS:** ingesta accidental de píldoras anticonceptivas, productos de belleza, esencia de árbol de té para los piojos.

**7. PROLAPSO URETRAL:** se verá como una protrusión circular de la mucosa uretral a través del meato urinario, formando una masa vulvar friable. La niña puede estar asintomática o presentar hemorragia y/o disuria.

- Pautar una crema de estrógenos (Colpotrofin<sup>®</sup>), en la zona del prolapso, 2 veces al día durante 1-2 semanas. Y recomendar medidas que eviten el estreñimiento.
- Si con el tratamiento anterior no se resuelve, remitir a **Urología**.

8. **HEMANGIONAS:** tener en cuenta que los hemangiomas en el periné pueden asociarse con espina bífida y requerir valoración neurológica.
9. **NEOPLASIAS DE VAGINA Y VULVA:** son muy raras. Si se sospechan, remitir a **Ginecología** y a **Oncología**.
- 9.1. **TUMORES DEL SACO VITELINO:** una de sus características es que eleva la alfafetoproteína.
- 9.2. **RABDOMIOSARCOMA:** el más frecuente es el **sarcoma botrioide**.

## 2. ALTERACIONES DE LA MAMA

Las **ÚNICAS** causas de alteración mamaria que son subsidiarias de remisión a la consulta de Endocrinología Pediátrica es la **TELARQUIA PRECOZ**, en el contexto de una pubertad precoz, y la **GALACTORREA** (se explica más adelante).

En cuanto al resto de entidades, la mayoría se puede resolver en Atención Primaria.

A continuación, se mencionan las causas más frecuentes de alteraciones de la mama, y en caso de precisar derivación al hospital, a dónde se deben dirigir:

1. **HIPERTROFIA MAMARIA NEONATAL:** es bastante frecuente en neonatos a término de ambos sexos. A veces se asocia con secreción láctea (leche de bruja). Esta hipertrofia no es patológica y puede llegar a permanecer hasta los 2 años de edad.
2. **DESARROLLO ANORMAL:** la corrección de todas estas entidades es **quirúrgica**.
  - a) **AMASTIA:** Si se asocia con aplasia de músculos pectorales, deformidades costales y sindactilia estaremos ante un **síndrome de Poland**.
  - b) **POLIMASTIA:** tejido mamario supernumerario.
  - c) **POLITELIA:** pezones supernumerarios.
  - d) **ASIMETRÍA MAMARIA**
  - e) **HIPERTROFIA JUVENIL**
3. **SECRECIÓN POR EL PEZÓN:** es importante distinguir entre la galactorrea (secreción lechosa) de otro tipo de secreción (sanguinolenta, pus...), ya que la patología subyacente es muy diferente.
  - a) **GALACTORREA:** secreción lechosa.
    - Posibles causas:
      - Embarazo
      - Fármacos (anticonceptivos, algunos antidepresivos y ansiolíticos, metoclopramida)
      - Hierbas (ortiga, hinojo, anís)
      - Marihuana
      - Estimulación de la mama (sexual o por ejercicio físico)

- Estrés emocional crónico
- Anomalías tiroideas
- Tumor hipotalámico
- Si se sospecha embarazo: realizar test.
- Tras descartar embarazo, solicitar:
  - Hormonas: TSH, T4L y prolactina.
- Si dichas hormonas son normales, pensar en las otras causas que quedan y hacer recomendaciones con respecto a las mismas. Citar a la paciente en 3 meses, y si, a pesar de haber dejado de tomar los fármacos, hierbas, marihuana, etc. sigue con galactorrea, remitir a Endocrinología Pediátrica.

**b) SECRECIÓN SEROSANGUINOLENTA:**

- Descartar primero que sea una atleta corredora, dado que el roce de la camiseta puede provocar hemorragia por irritación crónica del pezón. Se verán las heridas en los pezones y/o areolas.
- Descartada dicha opción, toda secreción serosanguinolenta o hemorrágica a través del pezón se debe remitir a **Ginecología o Cirugía** para que se estudie a la paciente y se tome muestra del líquido (estudio citológico).
  - La causa más frecuente en adolescentes suele ser una ectasia ductal.

**4. MASTALGIA:** las causas más frecuentes de dolor mamario en adolescentes son el ejercicio físico y los cambios hormonales del ciclo. Recomendaciones:

- a) Usar sujetadores deportivos adecuados.
- b) Evitar metilxantinas (café, té) y el tabaco.
- c) Si el dolor es por cambios hormonales y es muy intenso, pautar analgesia y remitir a Ginecología para que valore si se le pautan anticonceptivos orales durante un tiempo.

**5. TUMORES:**

- a) Las lesiones más frecuentes son los fibroadenomas y los quistes o cambios fibroquísticos.
- b) Actitud antes una tumoración mamaria:
  - Tranquilizar a la familia comentándoles que el cáncer de mama en adolescentes es tremendamente infrecuente.
  - Solicitar una ecografía mamaria. La mamografía NO está indicada en adolescentes por la densidad de su tejido mamario (no se va a ver nada).
  - Y derivar a Ginecología o Cirugía.

**6. RECOMENDACIONES PARA LAS HIJAS DE MUJERES CON CÁNCER DE MAMA:**

- a) **Conductas para reducir el riesgo:** la American Cancer Society recomienda:
  - Actividad física regular.
  - Evitar el sobrepeso. Dieta saludable.
  - Evitar consumir alcohol.

- En cuanto a la lactancia materna, sólo se ha visto que tiene un efecto protector en mujeres que amamantan durante mucho tiempo.

**b) Procedimientos de detección precoz:**

- Autoexploración a partir de los 20 años.
- Mamografía anual a partir de los 40 años.

**c) Pruebas genéticas:** la American Society of Clinical Oncology recomienda que el estudio genético, en niñas con antecedentes, se aplase hasta la mayoría de edad (18 años) debido a los problemas relacionados con la autonomía del paciente a la hora de tomar sus propias decisiones.

## 7. SOLICITUD DE CIRUGÍA PLÁSTICA POR ADOLESCENTES:

- a) La cirugía de reducción mamaria puede estar indicada en una adolescente con mamas muy grandes que le causen dolores de espalda y cuello y le impidan una actividad física normal.
- b) La mamoplastia de aumento no se recomienda hasta la mayoría de edad.

## 3. ANOMALÍAS VULVARES

La **ÚNICA** anomalía vulvar que es subsidiaria de remisión a la consulta de Endocrinología Pediátrica es la **HIPERTROFIA DE CLÍTORIS**, pues podría ser secundaria a una hiperplasia suprarrenal congénita o a un tumor virilizante ovárico o suprarrenal.

A continuación, se mencionan las causas más frecuentes de anomalías vulvares, y en caso de precisar derivación al hospital, a dónde se deben dirigir:

### 1. SINEQUIA DE LABIOS MENORES:

- Colpotrofin<sup>®</sup> 2 veces al día durante 2-3 semanas.
- Si con la crema de estrógenos no se solventa, separación quirúrgica.

### 2. HIMEN IMPERFORADO: remitir a Ginecología para tratamiento quirúrgico.

### 3. ASIMETRÍA O HIPERTROFIA DE LABIOS: si a la paciente le genera molestia por roce o psicológica, remitir a Ginecología puesto que su tratamiento es quirúrgico.

## 4. ALTERACIONES MENSTRUALES

En la siguiente tabla se exponen las características de la menstruación normal:

| Tabla 116-1                 | Características de la menstruación normal*                                                                                                             |
|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Duración del ciclo          | 21-35 días desde el primer día de un período hasta el primer día del siguiente (durante los 3 primeros años tras la menarquía puede ser de 21-45 días) |
| Duración de la menstruación | 7 días o menos                                                                                                                                         |
| Flujo de sangre             | 6 o menos compresas o tampones (empapados) al día                                                                                                      |

\*Las adolescentes con dos o más ciclos fuera de este rango o que no tienen menstruación durante tres meses consecutivos requieren un estudio exhaustivo.

*Tabla tomada del Tratado de Pediatría Nelson. Edición 20. Capítulo 116: Problemas menstruales.*

## HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL

El término **HUA** se utiliza para describir de forma general cualquier patrón que se aleje de lo considerado fisiológico. Existen varios patrones de HUA, pero los más frecuentes en las adolescentes son las menstruaciones irregulares o abundantes. Estos dos patrones se deben a que en los primeros años tras la menarquia, suele existir anovulación por la inmadurez del eje hipotálamo-hipófiso-ovárico. En ausencia de un pico de hormona luteinizante que estimule la ovulación a mitad del ciclo, no se producirá progesterona en el cuerpo lúteo. Sin los efectos estabilizadores de la progesterona sobre el endometrio, aumenta el riesgo de hemorragias irregulares y de sangrados abundantes.

1. **MENSTRUACIÓN IRREGULAR:** es habitual que la menstruación sea irregular en los primeros años tras la menarquia; pero hay que tener en cuenta que, incluso en el primer año de menarquia, la menstruación no debe tener una periodicidad mayor a 45 días. Con la edad, la menstruación se va regularizando; al tercer año tras la menarquia, el período suele ser de 21-35 días, con una duración de la menstruación de 3-7 días.  
➤ **Remitir a Ginecología.**
2. **MENSTRUACIÓN ABUNDANTE O PROLONGADA:** se caracteriza por flujo de sangre abundante (6 o más compresas o tampones empapados al día) o por una duración mayor de 7 días. Lo más común es que se deba a los ciclos anovulatorios propios de la adolescente, pero si llegan a ser tan abundantes o prolongadas que anemicen a la paciente, se debe hacer un estudio hematológico (ej: enfermedad de von Willebrand).  
➤ **Remitir a Ginecología y a Hematología.**

**\* Por tanto, las HUA se deben remitir a Ginecología, no a Endocrinología.**

## DISMENORREA

Es el dolor uterino que precede o acompaña a la menstruación. Si es muy intenso y no se alivia con analgesia habitual, **remitir a Ginecología** para estudio.

## AMENORREA

El diagnóstico diferencial de la amenorrea es muy extenso y requiere una anamnesis y una exploración clínica minuciosas que determinarán los estudios necesarios para el diagnóstico. En la valoración es fundamental comprender la cronología y el ritmo de aparición de los hitos puberales de la paciente.

- **AMENORREA PRIMARIA:** se considera que el momento de comenzar a investigar las causas de una amenorrea primaria es a los **15 años**. El estudio empezará **antes si hubieran transcurrido cuatro años desde el comienzo de la pubertad** (el desarrollo mamario en la mayoría de las mujeres).
- **AMENORREA SECUNDARIA:** la paciente ha presentado la menarquia y reglas bien instauradas y deja de menstruar varios meses seguidos.

Causas de amenorrea primaria y secundaria:

1. Embarazo
2. Causas funcionales hipotalámicas: estrés, pérdida de peso, ejercicio excesivo.
3. Trastornos de la conducta alimentaria.
4. Enfermedad sistémica: celiaquía, fibrosis quística, enfermedad inflamatoria intestinal, cardiopatías...)
5. Fármacos (antipsicóticos atípicos, hormonas) y drogas ilegales.
6. Alteraciones anatómicas genitales: himen imperforado, tabique vagina transversa...

Estas 3 causas son las que hay que remitir a Endocrinología Pediátrica (en las 6 causas anteriores, considerar remisión a la especialidad que corresponda: Ginecología, Salud Mental, Nutrición, etc):

7. Lesión hipotálamo-hipofisaria que ocasiona un hipogonadismo central: antecedente de tumor o radiación, hemocromatosis, alteraciones congénitas, traumatismos craneoencefálicos.
8. Alteraciones ováricas que causen un hipogonadismo periférico: síndrome de Turner, de causa autoinmune, quimio-radioterapia.
9. Hiperandrogenismo por síndrome de ovario poliquístico, hiperplasia suprarrenal congénita o tumor productor de andrógenos.

**BIBLIOGRAFÍA**

- Tratado de Pediatría Nelson. Edición 20ª. Capítulos 116 y del 550 a 555.