

PREVALENCIA DE LOS TRASTORNOS MENSTRUALES EN ADOLESCENCIA



Sociedad Argentina de Pediatría

Dirección de Congresos y Eventos

Filial Córdoba



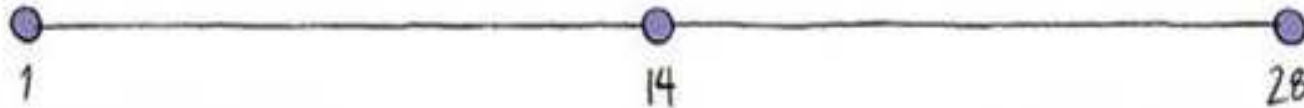
**38° CONGRESO
ARGENTINO
de PEDIATRÍA**

"Desafío, oportunidad y esperanza"

26, 27, 28 y 29 de septiembre de 2017

Dra Margarita Fuster
margafusterjuan@hotmail.com

El ciclo Menstrual



Alteraciones del Ciclo en Adolescentes

- ◉ Que se debe conocer
- ◉ En que se debe poner énfasis
- ◉ Que estudios hay que solicitar
- ◉ Como debemos controlar y tratar

Adolescencia

- Período de cambios físicos y psíquicos
- Alteraciones del ciclo
- disfunción fisiológica
- Repercusión en entorno biológico y psicosocial

Prevalencia de Trastornos del ciclo en adolescentes

- Trastornos del ciclo 21% consultas
- 37% trastornos del ciclo 1er año
- 21.9% en el segundo año
- 14% a los 6 años

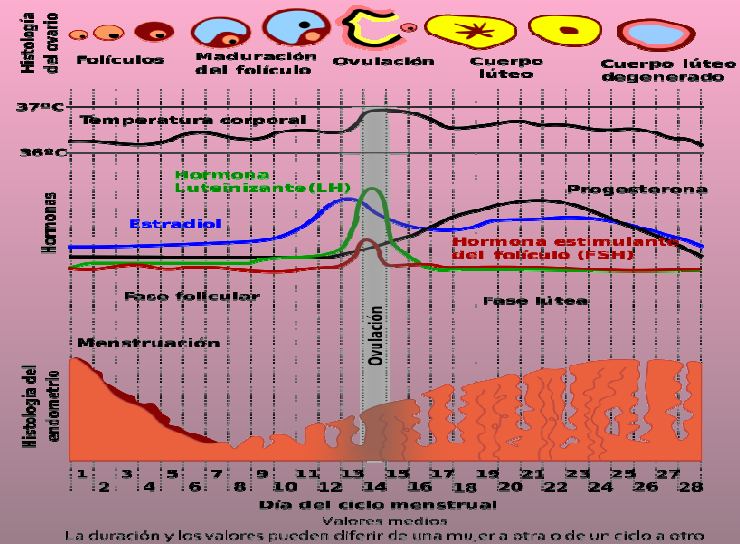
De la Parra y Cols Analisis de la prevalencia de transtornos menstruales en una poblacion adolescente. Revista de Obst. y Ginecologia de Bs As. 1995;74:223-41,

Prevalencia de Trastornos del ciclo en adolescentes

- ◉ El 74% ciclos regulares post menarca
- ◉ 26% ciclos irregulares

Di Noto , Mendez Rivas. Características comparativas de la menarca en un grupo de adolescentes escolarizadas. Obst Gin. Latinoamericana, 1993.50-423

Ciclo Menstrual



- Interacción hormonas eje Hipotálamo-Hipofiso-Gonadal e impacto sobre genitales
- 3 fases
 - Folicular FSH e Inhibina. Folículo maduro
 - Ovulación LH indicador de ovulación
 - Fase lútea producción de progesterona

Menarca

- Hito mas significativo del desarrollo puberal
 - Aceptación importante en la salud psicosexual de la mujer .
 - Significado para ella y familia: contribuyen a darle respaldo y seguridad
-
- Edad promedio 12,6
 - Pico max. de crecimiento
 - Tanner 3/4
 - Masa Critica: 17% tejido graso

Frisch et Al." Fatness as a determinant of minimum weight for height necessary for their maintenance or onset"

Science 1974.;185(4155):949-51

Características del ciclo

- **Duración** 2- 7 días
- **Intervalo** entre cada ciclo 21-45 días en el 1er año
21-34 días (60-80%) 3er año
- **Cantidad** de sangrado 80 ml
(3 – 6 toallas/tampones diarios)

Alteraciones menstruales

En la cantidad

- Hipermenorrea
- Hipomenorrea
- Metrorragia

En el ritmo

- Polimenorrea
- Oligomenorrea
- Amenorrea

Clasificación trastornos menstruales en Adolescentes

simples

Inmadurez del eje
Hipotalamo-Hipofiso-
ovarico
Post menarca
Carácter transitorio
Sin síntomas
endocrinológicos

complejos

- Comienzan en adolescencia
- Repercusiones en fertilidad.
- Repercusiones metabólicas.

Patología que comienza en la adolescencia

Anovulación crónica
Ovarios hiperandrogénicos
Amenorrea por pérdida de peso
Falla ovárica precoz
Hiperprolactinemia

ESTERILIDAD

Alteraciones menstruales

- ◉ **Disfunción Hipotálamo-hipófiso-ovárica**

- ◉ **Patología uterina**

- ◉ **Patología ovárica**

- ◉ **Disfunción endócrina extra genital:**

Tiroides

Suprarrenal

Prolactina

- ◉ **Patología sistémica**

Nueva nomenclatura

Clínicos
Pediatras
Investigadores
Médicos especialistas
Pacientes



Facilitar comunicación
Cuidados
seguimiento



International Federation of Gynecology and Obstetrics

SANGRADO UTERINO ANORMAL (SUA)

Se denomina Sangrado Uterino Anormal (SUA) a cualquier desviación del patrón menstrual normal en la mujer desde la adolescencia a la menopausia
Etapa reproductiva

FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA 2011

Terminología a descartar

- Sangrado uterino disfuncional
- Menorragia.
- Metrorragia.
- Hipermenorrea.
- Hipomenorrea.
- Menometrorra
- Polimenorrea.
- Oligomenorrea.



Tabla 4.1.2 Recomendaciones de la FIGO para terminología de sangrado menstrual anormal

Alteración de la regularidad	<ul style="list-style-type: none">▪ Sangrado menstrual irregular: Ciclos con intervalos libres mayores de 20 días a lo largo de 1 año.▪ Ausencia del sangrado menstrual: > 90 días.
Alteración de la frecuencia	<ul style="list-style-type: none">▪ Sangrado menstrual infrecuente: 1 o 2 episodios en un período de 90 días.▪ Sangrado menstrual frecuente: Más de 4 episodios en un período de 90 días.
Alteración de la intensidad del flujo	<ul style="list-style-type: none">▪ Sangrado menstrual intenso: Pérdida menstrual excesiva que interfiere con la calidad de vida física, emocional y material de la mujer que puede presentarse sola o en combinación con otros síntomas, siendo el volumen de pérdida mensual mayor de 80 mL.▪ Sangrado menstrual escaso.
Alteración de la duración del sangrado	<ul style="list-style-type: none">▪ Sangrado menstrual prolongado: > 8 días.▪ Sangrado menstrual acortado: \leq 2 días.

Clasificación FIGO

Polyp

Adenomyosis

Leiomyoma

Malignancy & Hyperplasia

Submucosal

Other

Coagulopathy

Ovulatory Dysfunction

Endometrial

Iatrogenic

Not Yet Classified



Alteraciones menstruales en MAS

- Hipermenorrea
- Polimenorrea
- menometrorragia

Causas

- Patología orgánica
pelviana
- Patología sistémica
- Endocrinopatía
- Disfunción ovulatoria

Hemorragia disfuncional (HUD)

- Perdida menstrual excesiva que interfiere en Calidad de vida física y emocional
 - No se produce el pico de LH
-
- Descartar:
 - Desordenes de coagulación en adolescentes con sangrado excesivos
 - Enf de Von Willebrand 5-36%
 - Anomalías plaquetarias 2-44%
 - Alt. factores de la coagulación 8-9%

Clasificación HUD

- ◉ Leve (-10 días, Hb >11 g/dl Hto >36)
- ◉ Moderada (+10 días , Hb 9-11 Hto 27-33)
- ◉ Grave (Hb < 9 Hto < 27)

Diagnóstico: HUD

- ⦿ Interrogatorio detallado
- ⦿ Examen físico completo
- ⦿ Laboratorio: **coagulograma**
- ⦿ Métodos complementarios: **ecografía, histeroscopia, RNM**

Tratamiento HUD

1) opciones no hormonales

- **Acido Tranexámico** agente antifibrinolítico
sangrado 40-50 %

- 1-1.5 g. 2 a 3 veces x día x 5 días

- **Desmopresina**

- Aumenta factor de Von Willebrand, factor VIII, y actividad plaquetaria
- EV en hemorragias agudas

- **AINES**

- ibuprofeno, naproxeno, ac mefenamico.

Tratamiento HUD

2) opciones Hormonales

- **ACO combinados**
 - Dismenorrea , SPM, anticoncepción
 - Regímenes extendidos
- **DIU con levonorgestrel**
 - LARCS
- **Progestágenos solos**
 - 16-25 /5-26

Alteraciones menstruales en MENOS

- Oligomenorrea
- Amenorrea
- Hipomenorrea

Causas:

- Anovulatoria
- Anatómica

La Oligomenorrea Anovulatoria será el comienzo de Síndrome de Ovario poliquístico? (SOP)

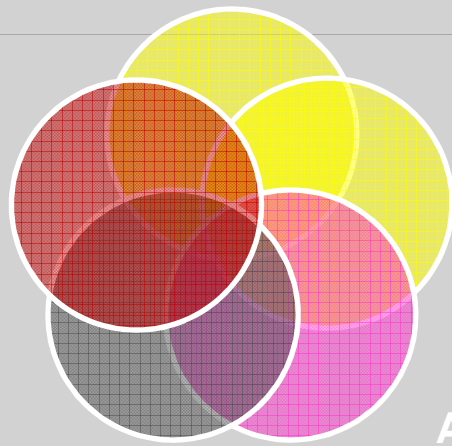
Clínica de la paciente

Peso

Tamaño ovárico

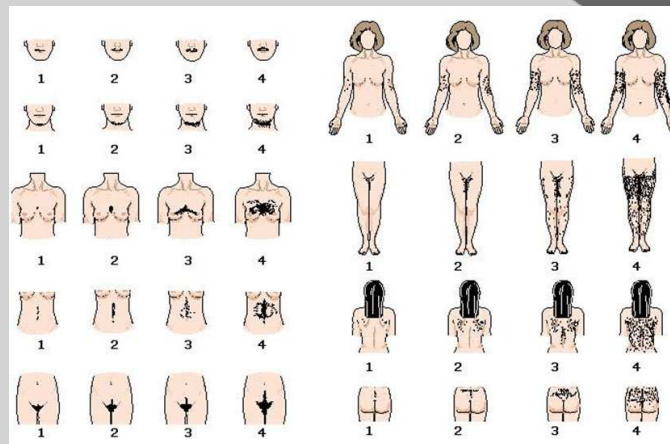
Relación LH/FSH

Andrógenos



SOP DIAGNÓSTICO

- CLÍNICO
- BIOQUÍMICO
- ECOGRÁFICO



Examen físico

- Evaluación física
- Talla, peso, IMC
- TA y conjuntivas
- Piel: acantosis nigricans.
- Estadíos de Tanner
- Distribución del vello corporal, signos androgénicos
- Palpación de glandula tiroides
- Semiología abdominal
- Examen mamario
- Evaluación genitales externos
- Especuloscopia y exploración bimanual

TRATAMIENTO

AES 2007

Position Statment: Glucose Intolerance in PCOS.

JCEM Dec 2007



- ✦ **En todas las SOP (independiente del IMC)
modificaciones estilo de vida
Mínimo 30´ actividad moderada 5/sem**
- ✦ **SOP con sobrepeso u obesidad
Dieta hipocalórica para perder 5-7% peso (mínimo)**

Tratamiento

Si NO hay deseos de embarazo

- **Supresión hormonal: Anticonceptivos: Ciproterona, Espironolactona, drospirenona**
- **Perdida de peso: Dieta y ejercicios**
- **Antiandrógenos: Flutamida, Finasteride**
- **Sensibilizadores de insulina: Metformina**
- **Métodos físicos: Depilación, arrancado, cremas.**

Amenorrea: clasificación

Fisiológica

- Embarazo
- Lactancia
- Menopausia

Patológica

- Orgánica
- Funcional

Primaria /Secundaria

Nivel de gonadotrofinas

Hipergonadotrófica

Hipogonadotrófica

Normogonadotrófica

Amenorrea Hipotalámica

Stress psíquico

Stress físico

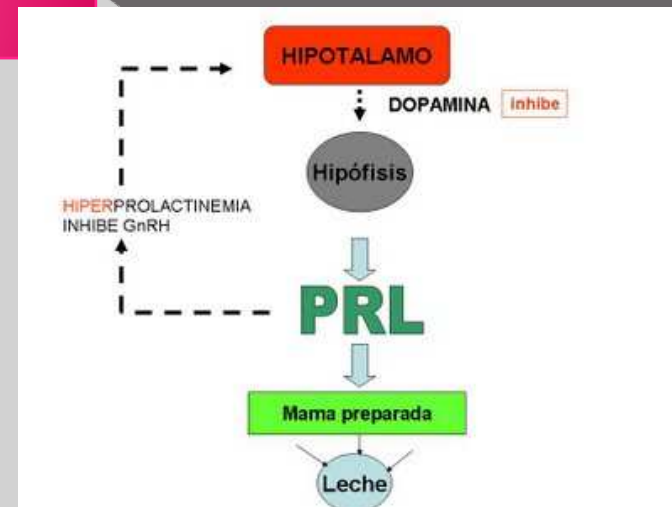
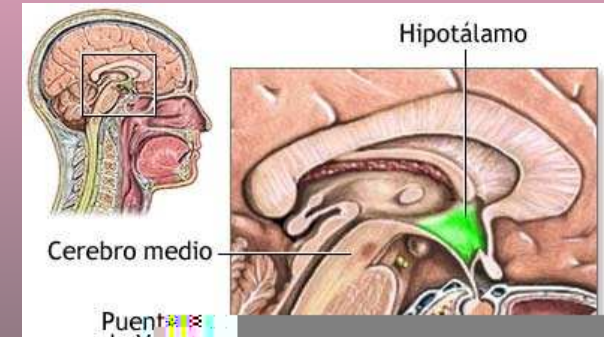
Depósitos grasos

Anorexia nerviosa



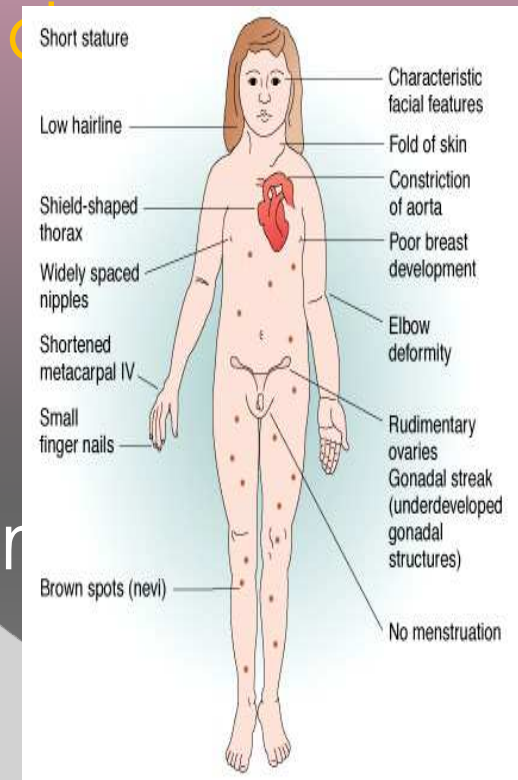
Amenorrea Hipofisiaria

- Adenoma cromóforo.
- Adenoma basófilo
- Craneofaringioma
- Macroadenomas
- Microadenomas



Amenorrea Ovárica

- Disgenesia Gonadal. Síndrome de Turner
- Tumores
- Insuficiencia ovárica: Falla Ovárica precoz
- Castración actínica o quirúrgica



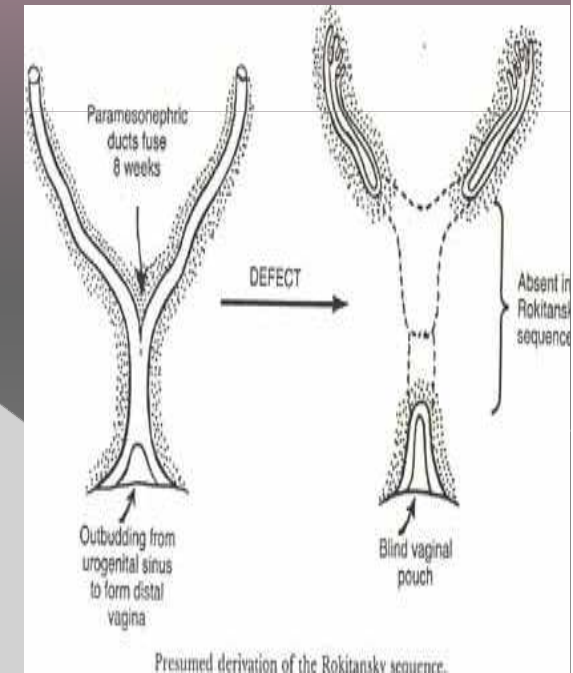
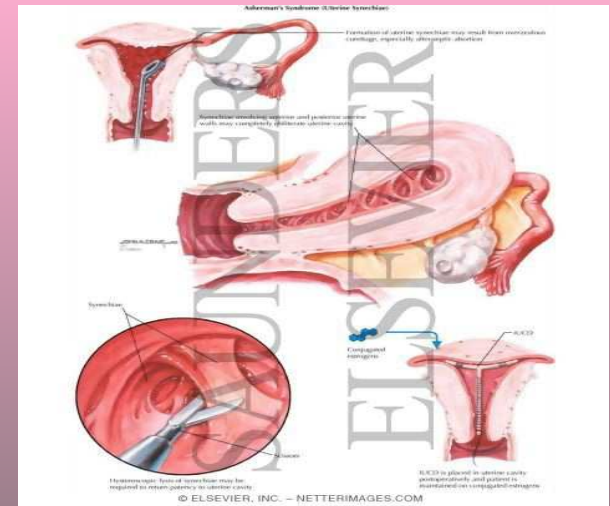
Amenorrea Uterina

Primaria:

- Agenesia Útero-vaginal
- Imperforación himeneal

Secundaria:

- Infecciones: TBC
- Sinequias: Asher



Amenorrea: Diagnóstico

- Interrogatorio detallado
- Examen físico completo
- Métodos complementarios: ecografía
- Laboratorio: FSH/ LH /Estradiol
PRL/ TSH /T4/ATPO
- Pruebas funcionales
 - test Progesterona
 - test estro-progestágenos

Conceptos a tener en cuenta en la consulta

- ❑ Aunque en general el problema es funcional, hay que dedicarle tiempo a la consulta y escuchar a la paciente y su familia.
- ❑ Comprender que hay que tratar pacientes en su mayoría sanas, con crisis evolutivas
- ❑ No enfocar el trastorno aislado sino todo el contexto.
- ❑ Tratar que la adolescente comprenda lo que le está pasando y utilizar gráficos que ilustren el ciclo ovulatorio
- ❑ No esperar hasta los 18 años para encarar estudios
- ❑ No esperar ciclos ovulatorios normales antes de los 3 años de la menarca
- ❑ No olvidar descartar patología orgánica o de la gestación

**En la vida, el Conocimiento y la
Habilidad suman,
pero la Actitud multiplica**

Victor Kupperts



MUCHAS GRACIAS