

JAVIER SOBERÓN*

**DISENDOCRINIAS
EN LA
ADOLESCENCIA**

INTRODUCCIÓN

EN UN ESTUDIO como el que se está llevando a cabo, relacionado con la medicina del adolescente y en el que seguramente uno de los objetivos por tratar, es la delimitación que debe tener en su actividad el pediatra y el ginecólogo, cuando los padecimientos propios de la infancia cambian o se transforman en una patología propia de la mujer que se está desarrollando y que en un futuro no muy lejano se convertirá en una mujer adulta; sin lugar a duda, las alteraciones ginecológicas con carácter endócrino ocupan un lugar preponderante, pues constituyen uno de los motivos por los que más frecuentemente se consulta al especialista en esta época de la vida y por tener características tan particulares, merece que meditemos con interés sobre este apasionante capítulo.

Durante este período de desarrollo en la vida de la mujer, se va a iniciar y a establecer el ciclo sexual y por lo tanto se definirán los caracteres sexuales secundarios y algunos de los somáticos, razón por la cual, la mayor parte de los trastornos orgánicos o funcionales que encontramos, están íntimamente ligados con la interrelación del eje hipófisis-gónadas, y consideramos que el conocimiento preciso de la fisiología de dichas glándulas, así como la secuencia en los diferentes ciclos genitales, es indispensable para poder abordar las alteraciones gineco-endócrinas de la mujer durante su crecimiento; sin embargo, no nos detendremos a analizarlo porque seguramente será tratado en otra comunicación y prolongaría este trabajo.

* Jefe de Servicio en el Hospital de Gineco-Obstetricia N° 1 del IMSS.

Ahora bien, teniendo en cuenta lo anteriormente señalado y considerando que la exposición pueda resultar más didáctica, nos proponemos desarrollar el tema, refiriéndonos brevemente a los trastornos que creemos sean, por diferentes circunstancias, de mayor interés, y estos son los que a continuación señalamos:

MENARCA RETARDADA

La gran mayoría de las jóvenes, al acercarse la menarca, tienen el mero conocimiento de que se trata de una función normal; el concedérsele la importancia fisiológica que tiene al acontecimiento que señala el comienzo de la madurez, involucra también el reconocimiento de una serie de cambios tanto psíquicos como emocionales, a los cuales se ceñirá el desarrollo de la niña en su medio ambiente, dependiendo particularmente de la actitud de los progenitores, razón por la cual cuando dicho fenómeno se retrasa en su aparición, comienza a presentarse una intranquilidad psíquica en ella misma y en los familiares más cercanos que la habían preparado adecuadamente y que los hace consultar al médico.

Menarca es el nombre con el que se señala la aparición de la primera menstruación, que tiene su origen aparente en la secreción de hormonas gonadotrópicas por la hipófisis, que liberan en un momento determinado a las pequeñas cantidades de estrógenos que se estaban produciendo en los incompletos desarrollos foliculares de la adolescente. Suele presentarse en nuestro medio entre los 10 y los 14 años de edad y en aquellos casos en los que después de los 16 años no se ha iniciado, puede hablarse de un retardo en la aparición.

Existen varios factores que influyen en la época de presentación de la menarca, entre los cuales podríamos señalar la influencia genética, cuya ingerencia es hoy perfectamente aceptada, siendo así como existe una relación entre la edad de presentación del fenómeno de las madres a las hijas; otro elemento que debemos tomar en consideración es el desarrollo somático general, lo que se aprecia fácilmente si se observa que en general las mujeres obesas tienen su primera regla más temprano que las mujeres de constitución delgada; así podríamos enumerar otra serie de factores que influyen entre los que encontramos principalmente: la raza, el clima, la nutrición, las enfermedades sistémicas, los factores emocionales, etc.

Debemos diferenciar perfectamente lo que es una menarca retardada de una amenorrea primaria, ya que el pronóstico y manejo de la paciente son completamente distintos. En el primer caso existe un desarrollo sexual genital y somático completamente normales y solamente aparece como anomalía la ausencia de la menstruación; en la amenorrea primaria, en cambio, existe casi siempre una alteración en la integridad del mecanismo hipotálamo-pituitario-ovarios, constituyendo por lo tanto el reflejo de un defecto en el desarrollo sexual, al cual nos referiremos en otro capítulo.

El diagnóstico puede ser establecido generalmente mediante una historia clínica y examen físico minuciosos, casi como con la ayuda de determinados estudios de gabinete, tales como: determinación de H. F. E., 17 cetosteroides, citología vaginal, biopsia de endometrio en algunos casos, estudios radiológicos, pruebas funcionales tiroideas, etc. Sin embargo, aunque en la mayor parte de los casos se determina el origen, existen algunos en los cuales no es fácil, a pesar de un estudio bien hecho, entonces se puede recurrir aunque sólo muy excepcionalmente a la biopsia de ovario.

Por lo que se refiere al tratamiento de la mujer adolescente con retardo en la menarca, podemos señalar que lo importante es averiguar que no exista ninguna causa orgánica, en cuyo caso debe tratarse cada problema en particular y en los casos con retardo en la menarca sin ninguna otra alteración, bastará generalmente con tranquilizar a la paciente y sus familiares, indicándoles que la presencia de la regla en época temprana, no es indispensable para la conservación de la salud y que al cabo de un tiempo se presentará en forma espontánea. La administración de esteroides ováricos bajo la forma de progesterona sola o bien en ciclos artificiales estrógenos-progesterona tiene muy pocas indicaciones en este problema; tampoco somos partidarios de la resección cuneiforme de los ovarios que pregonan algunos autores.

DISMENORREA Y TENSIÓN PREMENSTRUAL

Desde algunos meses antes de la presentación de la menarca la mujer adolescente con frecuencia presenta algunas molestias, tales como congestión mamaria, erección e irritabilidad del pezón, flatulencia abdominal, dolor suprapúbico discreto, etc., que pueden ir acompañados o no por secreción por el pezón y de escurrimiento mucoso vaginal,

aunque hemos de reconocer que la mayor parte de las veces los disturbios señalados no constituyen un problema importante que requiera la atención médica y, por otro lado, casi siempre desaparecen al alcanzar la secreción de estrógenos un nivel determinado y se establece el primer ciclo menstrual.

La dismenorrea por el contrario, aparece generalmente algún tiempo después de que los sangrados menstruales se han establecido, puesto que sabemos que los primeros ciclos en la vida de la mujer son anovulatorios y el fenómeno ovulatorio constituye casi un requisito indispensable para la presencia del dolor menstrual, en virtud de que bajo acción de la progesterona secretada por el cuerpo amarillo del ovario es capaz de producirse un endometrio grueso, edematoso, muy vascularizado, etc., cuyo volumen puede generar disturbios en la contracción uterina de un órgano poco desarrollado, o con poca capacidad para distenderse y entonces provocarse el dolor menstrual.

Se han invocado varios factores determinantes de la dismenorrea, entre los cuales mencionamos los siguientes:

a) Edad: cuya influencia ya hemos señalado. b) Regularidad del ciclo: es evidente que el dolor menstrual aparece más frecuentemente en mujeres con ciclos menstruales normales, puesto que estos son generalmente bifásicos, con esto no quiere decir que todos los ciclos ovulatorios sean dolorosos, ya que si el órgano uterino es capaz de adaptarse al volumen endometrial, entonces el dolor no se presentará; además para recalcar lo anterior, recordaremos que los sangrados disfuncionales no se acompañan de dolor. c) Alteraciones endócrinas: después de experiencias realizadas en conejos, en los que se demostró que los estrógenos eran estimulantes de la contracción uterina y que la progesterona era inhibidora de dicha contracción, concepto que no ha podido ser comprobado en el organismo humano, se pensó que la dismenorrea era originada por un desequilibrio entre la relación estrógenos-progesterona por un aumento de los primeros, sin embargo, esto no ha podido ser corroborado científicamente. d) Caracteres microscópicos del endometrio: no se han encontrado diferencias histológicas en el endometrio en mujeres con o sin dismenorrea, salvo en la llamada "dismenorrea pseudomembranosa", en la que se aprecia un endometrio con caracteres deciduales, ya sea por una producción excesiva de progesterona o bien por una mayor sensibilidad del endometrio al estímulo progestacional, pero en donde el dolor es producido por el aumento de volumen del

desecho menstrual y no por los caracteres histológicos intrínsecos del endometrio. e) Constitución anatómica del útero: aunque es indudable que algunas malformaciones orgánicas, por ejemplo, el útero bicorne, la hipoplasia uterina, etc., se acompañan en algunas ocasiones de dismenorrea, pero esta es originada entonces por la poca capacidad uterina y por trastornos en la contracción. f) Fisiología del miometrio: este factor, sin lugar a duda, constituye el elemento más importante de tomar en consideración, puesto que sabemos que las contracciones uterinas que se producen durante la menstruación son rítmicas y de predominancia fúndica, y en cambio, en la dismenorrea las contracciones son hipertónicas y disrítmicas, contrastando por tanto con las contracciones del útero que no originan dolor. Además la contractilidad uterina está regida por la actividad hormonal, razón por la cual en la niña, donde la actividad hormonal ovárica es mínima, también el útero es inactivo y por lo tanto indoloro.

Refiriéndonos concretamente al tratamiento, debemos señalar que son numerosos los que se han aconsejado, sin embargo, los que podemos considerar más útiles son los siguientes:

- a) Analgésicos: podemos tomarlos como satisfactorios, sobre todo las mezclas de analgésicos que elevan el umbral del dolor y antiespasmódicos que mejoran las alteraciones en el ritmo de la contracción.
- b) Diuréticos: son muy empleados sobre todo para tratar la tensión premenstrual, aunque sus resultados pueden considerarse como inconstantes.
- c) Dilatación cervical: puede dar buenos resultados cuando se realiza con amplitud, por la rotura que produce en los filetes nerviosos cervicales, aunque tiene el inconveniente de que sus beneficios son temporales por la restauración nerviosa y por la dificultad que implica el realizarla en mujeres vírgenes.
- d) Supresión de la ovulación: la que puede realizarse con el empleo de estrógenos o de mezclas de estrógenos y progestágenos, constituye el mejor procedimiento para desaparecer la dismenorrea, como consecuencia lógica de la supresión de la ovulación.
- e) Neurectomía presacra: este procedimiento ha dado magníficos resultados en manos de personas experimentadas para realizarla, aunque debe dejarse exclusivamente para aquellos casos rebeldes a todo tratamiento médico. La resección del nervio hipogástrico es útil, no solamente por bloquear el impulso doloroso aferente, sino también por producir aumento de la vasodilatación uterina y por consecuencia mejoría en la acomodación y desarrollo miometral.

SANGRADO UTERINO DISFUNCIONAL

Los primeros ciclos menstruales que siguen a la menarca presentan con mucha frecuencia irregularidades y generalmente se acompañan de ausencia en la ovulación, razón por la cual no se pueden establecer durante la adolescencia patrones característicos del sangrado menstrual. De acuerdo con lo anterior, durante los primeros meses, los sangrados con discretas irregularidades pueden considerarse como normales y su importancia solamente estriba en dos hechos fundamentales, primero, en la posibilidad de dejar pasar desapercibido un sangrado de origen orgánico, y segundo, en la frecuencia con que estos sangrados son seguidos por trastornos en edades sucesivas y en la dificultad que puede esto ocasionar para la procreación; sobre este último punto debemos referir los hallazgos de *Southan*, quien en 58 casos de sangrados uterinos disfuncionales, seguidos después de los 20 años de edad, solamente 17 establecieron espontáneamente ciclos normales y únicamente 4 de 19 que se casaron, fueron fértiles.

Ahora bien, los hallazgos anatomopatológicos del endometrio más frecuentes, de acuerdo también con el interesante trabajo de *Southan*, son los siguientes: Hiperplasia endometrial en el 50% de los casos, endometrio proliferativo activo en el 36%, endometrio proliferativo inactivo en el 11% y endometrio secretor únicamente en el 3%. Ha sido mencionada por algunos autores la enorme frecuencia con la que se encuentran asociados los sangrados disfuncionales de la mujer adolescente, con ovarios poliquísticos, sin embargo, sobre este respecto podemos comentar, que en esta época de la vida aparecen a la exploración casi en forma constante ovarios poliquísticos y poco tiempo después en la mayor parte de los casos, toman caracteres normales, razón por la cual, puede considerarse como un fenómeno transitorio y normal. En resumen, podemos concluir que la causa de estos disturbios funcionales es un trastorno en el nivel de los estrógenos.

Por lo que respecta a la conducta que debemos seguir ante este problema, podemos señalar que cuando las alteraciones son mínimas, bastará con la observación y vigilancia periódica durante un tiempo determinado, tranquilizando a la paciente sobre su problema, y en casos más importantes el tratamiento de elección es el hormonal, a base de estrógenos, progesterona, asociaciones de los mismos o agregando testosterona, y en los últimos tiempos hemos empleado con gran éxito y con mucha facilidad en su manejo, los medicamentos progestágenos. El

legrado uterino por las dificultades que implica el realizarlo en este tipo de pacientes y las resecciones parciales de ovario, cuyas indicaciones creemos sean mínimas, se realizarán solo por excepción.

PRECOCIDAD SEXUAL

Podemos encontrar dos tipos fundamentales de precocidad sexual, aquellos cuya causa es originada por un padecimiento orgánico determinado y que puede estar localizado en el cerebro, los ovarios o las cápsulas suprarrenales y los casos en los que no se encuentra ninguna causa aparente, pudiendo entonces ser calificados de precocidad sexual constitucional y que indudablemente constituyen el tipo más frecuente.

Dentro del grupo orgánico, son muy variadas las causas; entre las de origen cerebral debemos señalar que casi siempre son debidas a lesiones hipotalámicas, que permiten a la hipófisis liberar una mayor cantidad de gonadotropinas, en muchos casos el problema asienta en un tumor de la glándula pineal. difícil de localizar clínicamente y por lo tanto la causa de la precocidad sexual de origen cerebral ocasiona dificultades diagnósticas y sólo pueden ayudar antecedentes, tales como meningitis, esclerosis tuberosa, atrofias cerebrales congénitas, etc. Entre los casos orgánicos de origen ovárico, debemos hacer mención de los tumores de células de la granulosa, principalmente para señalar que su existencia es bastante rara y que muchas mujeres son laparotomizadas erróneamente pensando en la presencia de este tipo de neoplasia; creemos nosotros que solamente requieren tratamiento quirúrgico por esta causa, aquellos casos en los que se encuentra una tumoración ovárica palpable al examen bimanual, concomitante con una gran elevación en el nivel estrogénico. En los casos de hiperplasia o tumor de la glándula suprarrenal, aunque lo característico es el pseudohermafroditismo, en ciertas ocasiones puede haber una precocidad sexual de este origen por un aumento en la producción de estrógenos por dicha glándula.

La precocidad sexual constitucional, que como habíamos dicho, es por su frecuencia la más importante, se caracteriza por un desarrollo de los caracteres sexuales secundarios en edades más tempranas de las que suele aparecer, sin encontrarse ninguna causa determinada. Puede encontrarse en etapas de la vida muy diferentes, siendo algunos de los casos más precoces reportados, a los dos meses de nacidos. Uno de los rasgos característicos de este problema, es que junto con la precocidad de los caracteres sexuales secundarios, existe también desarrollo tem-

prano del esqueleto, con fusión prematura de las epífisis y por lo tanto al principio de talla mayor que la normal, pero posteriormente debido a que el crecimiento se termina más pronto, la talla es menor que la de la mujer adulta.

Resumiendo el manejo de este trastorno, queremos señalar únicamente que el problema estriba en valorizar las condiciones psíquicas y sociales de la enferma, tratando de adaptarla al seno de la escuela y del hogar, de donde se originarán la mayor parte de sus choques emotivos.

SÍNDROME DE INSUFICIENCIA GONADAL CONGÉNITA

Este síndrome, también conocido como “aplasia congénita de los ovarios”, “síndrome de ovarios rudimentarios”, “infantilismo hipofisario”, etc., se caracteriza por infantilismo sexual y algunas otras alteraciones endócrinas congénitas frecuentes, aunque no siempre presentes, originadas por una incapacidad intrínseca de ovarios rudimentarios para responder a un estímulo normal o aumentado de gonadotropinas hipofisarias y asociado generalmente con alteraciones cromáticas.

Los elementos clínicos habitualmente encontrados en este síndrome corresponden a un cuadro de hipoestrogenismo y consecuentemente de poco desarrollo en los caracteres sexuales secundarios y poco desarrollo en la estatura de la mujer adolescente. Casi siempre están presentes los hallazgos de laboratorio siguientes: elevación de H. F. E., disminución en el nivel de 17 cetosteroides, citología vaginal que denota hipoestrogenismo, aplasia endometrial, etc.

A pesar de que los datos anteriores caracterizan al síndrome en estudio, podemos encontrar otros elementos que ayudarán al diagnóstico, tales como: estatura corta, lucidez mental pobre, defectos visuales, alteraciones óseas, el signo del cuello palmeado descrito por *Turner*, anomalías renales y ureterales, espina bífida, cubitus valgus, coartación de la aorta, etc.

El pronóstico de este padecimiento es malo para poder alcanzar las condiciones de un adulto normal, sobre todo por lo que se refiere a su capacidad fértil, dependiendo fundamentalmente del grado de insuficiencia ovárica y de la época en que sea hecho el diagnóstico.

El tratamiento básicamente corresponde al de todo hipoestrogenismo, es decir, es un tratamiento sustitutivo, fundamentalmente adminis-

trando estrógenos en forma cíclica, por lapsos de tiempo muy prolongados, mediante el cual se pueden obtener respuestas favorables, inclusive la presencia de sangrados semejantes a los menstruales en casos poco severos y en otras condiciones, puede llegarse a conseguir el desarrollo de algunos de los caracteres sexuales secundarios. Se considera útil administrar progesterona en dichos ciclos, con lo cual se trata de evitar la formación de hiperplasias endometriales y se puede valorar mejor la respuesta del endometrio. Puede ser aconsejable también el empleo de medicamentos androgénicos para evitar la osteoporosis y obtener en ocasiones algún desarrollo del vello axilar y pubiano.

Antes de terminar, quisiéramos señalar que existen algunas otras alteraciones patológicas importantes de conocer, como por ejemplo los llamados estados intersexuales, que sin embargo, no vamos a mencionar, porque casi siempre son problemas más propios de la niñez que de la adolescencia, con lo cual nos saldríamos del objetivo de la comunicación, y por otro lado tendríamos que adentrarnos en consideraciones genéticas que ampliarán en exceso el desarrollo de este ensayo.

Sólamamente quisiéramos concluir afirmando que del manejo adecuado de los problemas femeninos durante esta época, dependerá no solamente la conservación de la salud de la paciente en el momento que se presentan, sino también, y quizá como elemento primordial, el prepararla y dejarla en perfectas condiciones para las funciones hacia las cuales está dirigida en los años sucesivos.