



DOCENTE:

DR. LUIS IGNACIO GAYOSSO



ALUMNO:

JONATHAN SURIANO CRUZ

ALTERACIONES DEL CICLO MENSTRUAL

MATERIA:

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

TEMA:

ALTERACIONES DEL CICLO MENSTRUAL



AMENORREAS

La causa global más frecuente de amenorrea es la amenorrea fisiológica del embarazo.

Clasificación etiológica: Anomalías genitales

Disgenesia gonadal: consiste en la formación defectuosa de los ovarios, sustituidos por dos cintillas fibrosas con ausencia de folículos ováricos. Los genitales externos son femeninos, pero infantiles. Puede estar presentado bajo estas formas:

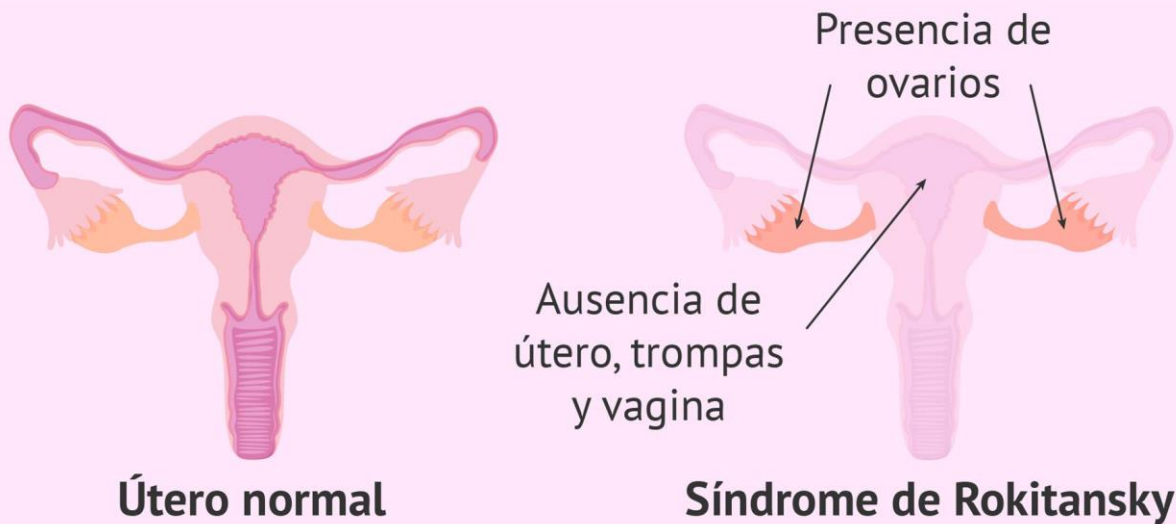
- Síndrome de Turner.
- Síndrome de Swyer.
- Disgenesia gonadal mixta.

Síndrome de Rokitansky: en este síndrome, lo fundamental es una alteración en la permeabilización de los conductos de Müller. El fenotipo es femenino normal. La cromatina sexual es positiva.

El cariotipo también es femenino normal: 46XX. Los ovarios son normales. El útero es rudimentario y no está canalizado.

Hay agenesia de los 2/3 superiores de la vagina, por lo que, en la inspección, se aprecia una vagina corta que termina en fondo de saco ciego.

Presenta frecuentes malformaciones renales o urinarias asociadas.



Himen imperforado: el diagnóstico se basa en la exploración genital que debe realizarse a toda niña prepúber en la primera visita al pediatra. El acúmulo menstrual retenido puede producir dolor abdominal.

Cura con la incisión y la evacuación del contenido vaginal.



Figura 2. Amenorrea primaria por alteraciones müllerianas: sinequia congénita de labios menores con himen imperforado

Hiperplasia suprarrenal congénita, síndrome adrenogenital o pseudohermafroditismo femenino:

se caracteriza por la presencia de genitales externos masculinizados y se diagnostica mediante la demostración de una producción de andrógenos excesiva por la corteza suprarrenal.

Este trastorno es el resultado de la deficiencia de una de las múltiples enzimas que son necesarias para la síntesis del cortisol suprarrenal. El cariotipo es normal (46XX).

Amenorrea por anorexia o deportiva

Anorexia nerviosa: el 25% de las mujeres anoréxicas desarrollan amenorrea antes de que haya ocurrido una pérdida importante de peso. Cursa con gonadotropinas disminuidas. La amenorrea se corrige con la ganancia de peso.

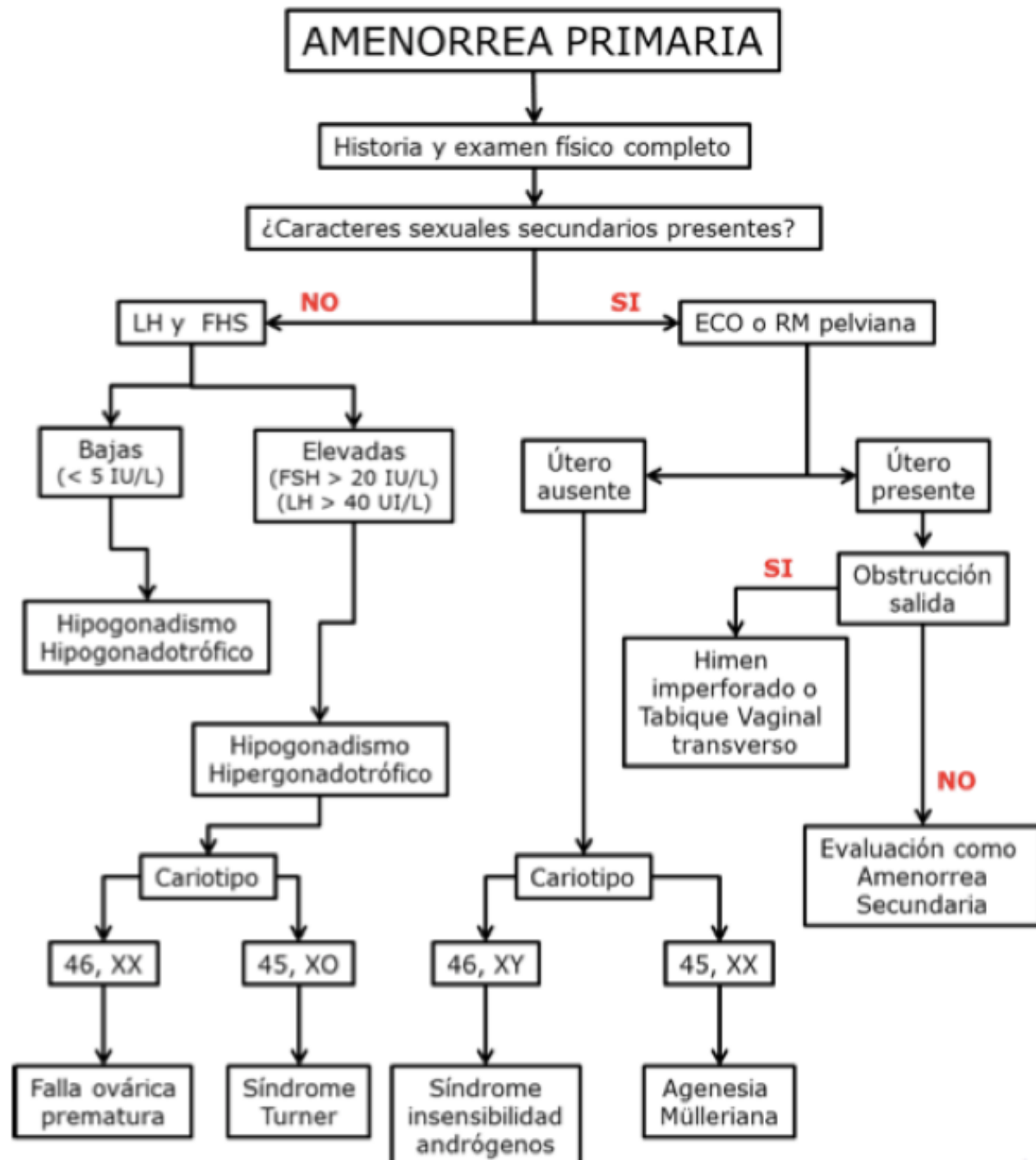
Amenorrea deportiva: hasta la mitad de las mujeres que practican ejercicio intenso y competitivo (ballet, gimnasia ...) pueden presentar amenorrea.

Entre las causas que provocan esta amenorrea destacan las siguientes: disminución de peso y del porcentaje de grasa corporal, aumento de esteroides sexuales, incremento de andrógenos y de prolactina.

Amenorrea psíquica: el estrés, el internamiento, el miedo al embarazo o a la sexualidad pueden producir amenorreas tanto primarias como secundarias, probablemente por la liberación de corticotropina (CRH), que inhibe la secreción de gonadotropinas.

CAUSAS CENTRALES

- I. Lesiones hipotálamo-hipofisarias.
- II. Pubertad retrasada.
- III. Hipogonadismo hipogonadotrópico.
- IV. Síndromes neurogerminales:
 - a) Síndrome de Kallman, Síndrome de Laurence-Moon-Biedl, Síndrome de Alstrom, Progeria y Síndrome de Prader-Willi:



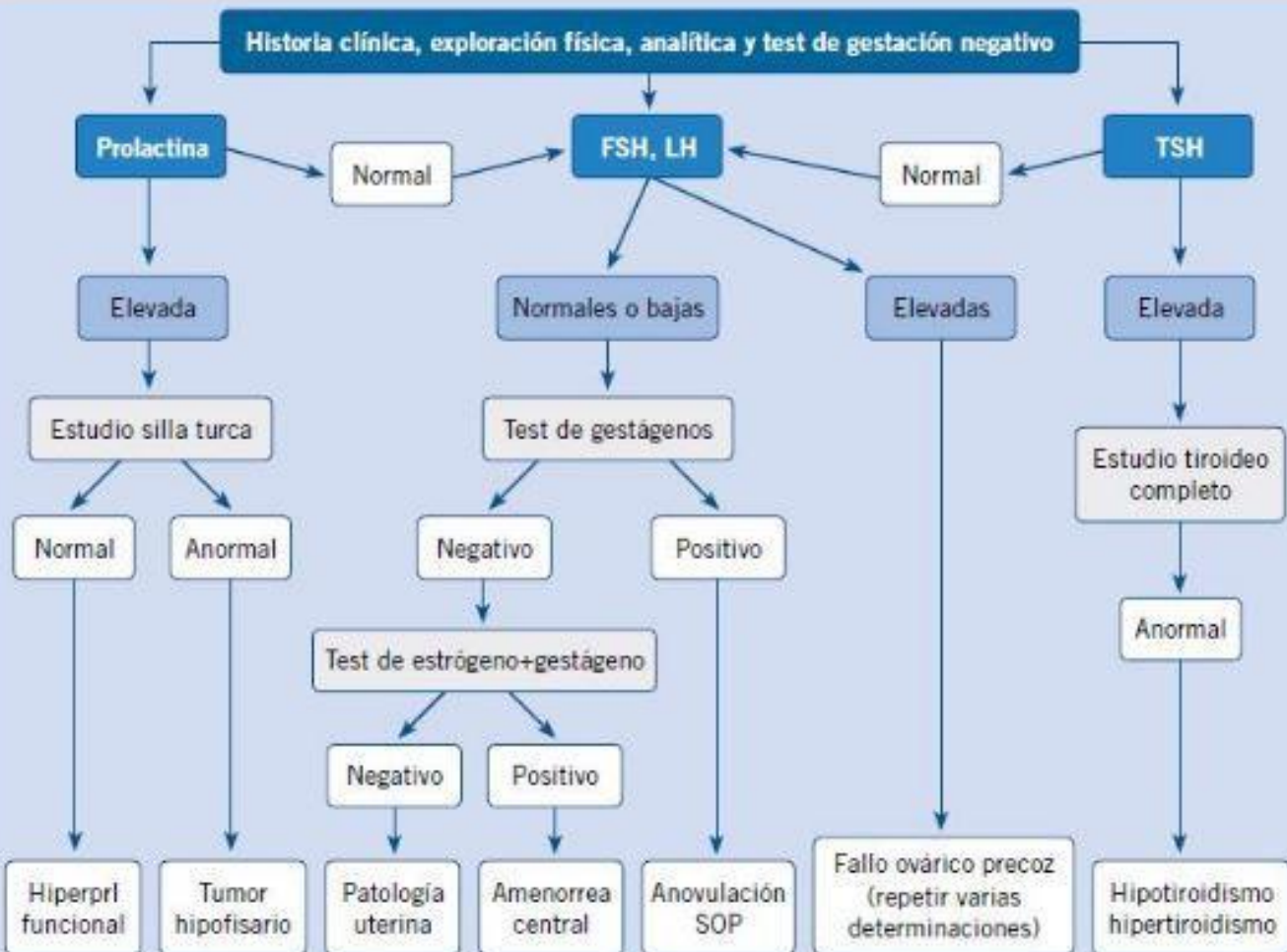
AMENORREAS SECUNDARIAS

La amenorrea secundaria se define como la falta de menstruación durante al menos tres meses en una mujer que previamente ha tenido la regla.

- Origen uterino: síndrome de Asherman.
- Insuficiencia ovárica: también llamado fallo ovárico prematuro (FOP) o menopausia precoz. Consiste en un agotamiento folicular antes de los 40 años, lo que provoca un descenso de estrógenos y, por tanto, una elevación de gonadotropinas.
- Tumores ováricos: en tumores grandes se puede ocasionar una destrucción total del tejido ovárico sano.
- Hipogonadismo hipogonadotropo: la más frecuente es la amenorrea hipotalámica funcional por ejercicio físico, anorexia nerviosa u otros trastornos psíquicos.
- Hiperprolactinemia: todas aquellas causas que la provocan, tanto tumorales (prolactinomas) como no tumorales (traumatismos).

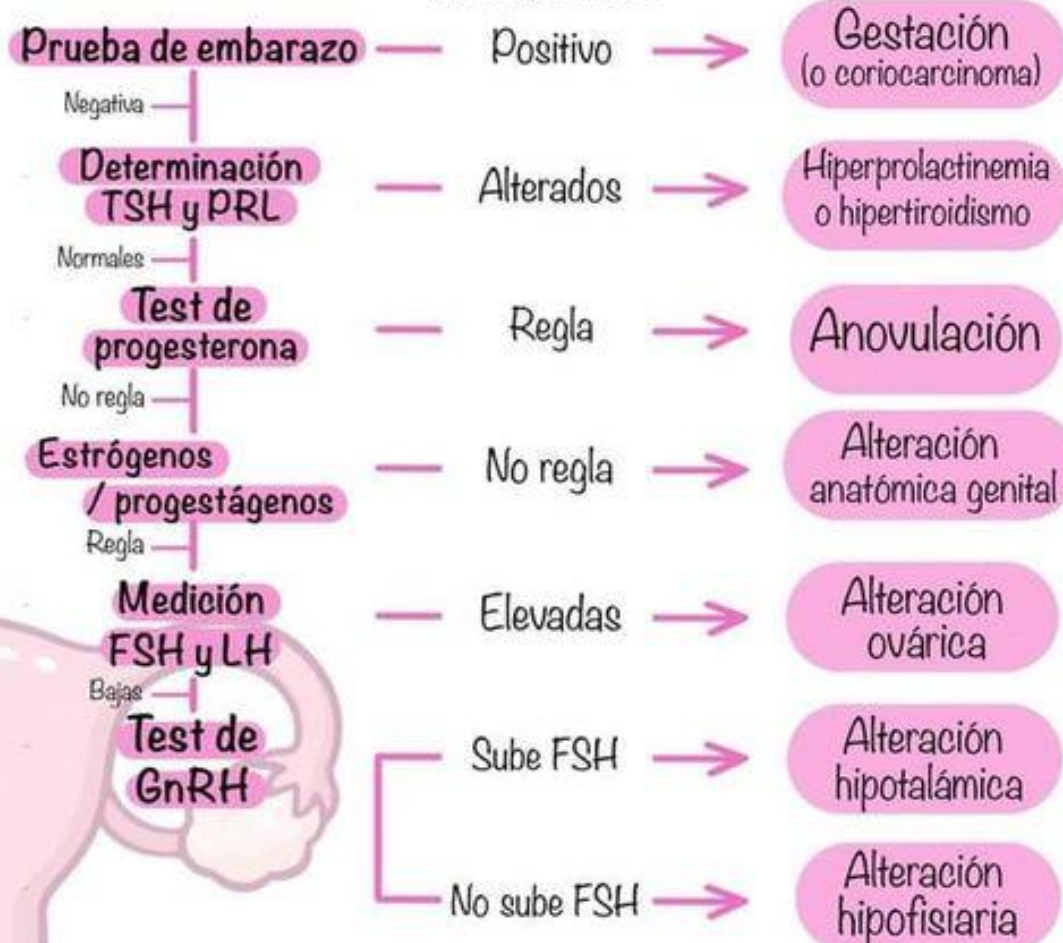
- ❖ Síndrome de Sheehan: amenorrea posparto por infarto hipofisario. Constituye el motivo más frecuente de panhipopituitarismo en mujeres en edad reproductiva.
- ❖ Tumores hipofisarios secretores de hormonas proteicas: como GH (acromegalia), TSH, gonadotropinas, y ACTH y adenomas no secretores que no se manifiestan clínicamente hasta que no alcanzan gran tamaño (macroadenomas).
- ❖ Craneofaringioma: el 60% de los casos presenta amenorrea por la compresión hipofisaria directa de la propia glándula o del sistema vascular que conecta el hipotálamo a la hipófisis.
- ❖ Fármacos: anovulatorios, fenotiacinas, reserpina, digoxina, etcétera.
- ❖ Enfermedades intercurrentes: insuficiencia renal, diabetes.
- ❖ Amenorreas psíquicas: anorexia nerviosa, pseudociesis ("embarazo psicológico") o estrés.

Algoritmo diagnóstico de amenorrea secundaria



¿Cómo hacer el diagnóstico de amenorrea secundaria?

@Med4dummiess



METRORRAGIAS

Sangrado uterino anormal: variación del ciclo menstrual normal, incluye cambios en la regularidad, frecuencia del ciclo y duración del flujo o la cantidad de sangrado menstrual.

Hemorragia uterina anormal: presentación aumentada en duración y cantidad del sangrado uterino.

Patrones normales

- Duración normal: 3 a 8 días.
- Cantidad: 5,80 ml.
- Frecuencia menstrual normal: 24 a 38 días.

CLASIFICACIÓN DE HEMORRAGIA UTERINA

No cíclicas: cuando el sangrado es independiente de la regla. Se llama metrorragia.

Cíclicas: si el sangrado es cíclico, pueden ser:

Hipermenorrea o menorragia: pérdidas en una cantidad superior a 180 ml o de duración de más de siete días, o ambas que ocurren con intervalos regulares.

Polimenorrea: la menstruación es más frecuente (intervalos en la regla de menos de 21 días), pero normal en cantidad y duración

Sangrado uterino anormal (FIGO)

P A L M

Polipos

Adenomiosis

Leiomioma

Malignidad e hiperplasia

Identificados por técnicas de imagen o estudio histopatológico y que comprende anomalías estructurales

C O E I N

Coagulopatía

Disfunción Ovulatoria

Endometrial

Iatrogénica

No clasificables

- Definibles solo por estudios de laboratorio, pruebas hormonales y de exclusión.
- Sin relación con anomalías estructurales.

En pacientes jóvenes entre 19 y 39 años, que presentan hemorragia uterina anormal, la causa más frecuente es el hiperandrogenismo con anovulación crónica, que se diagnostica por presencia de niveles bajos de FSH y LH elevada.

ETIOLOGIA DE HEMORRAGIA

Orgánicas: tumores malignos, tumores benignos (miomas, pólipos), eritroplasia, traumatismos, endometriosis, coagulopatías, congestión venosa secundaria a insuficiencia cardíaca, HTA asociada a arteriosclerosis de los vasos uterinos, cirrosis, etcétera.

Disfuncionales: no hay lesión orgánica, sino alteración en la regulación endocrina del ciclo. En la mayoría de los casos se encuentra un endometrio proliferativo simple o hiperplásico. Son más frecuentes tras la menarquia y en la peri menopausia debidas a ciclos anovulatorios.

DIAGNOSTICO

Se debe estar alerta ante toda hemorragia genital, ya que es el principal síntoma, y habitualmente el más precoz, de la mayoría de los tumores genitales.

Exploración ginecológica: ayuda a descartar patología en genitales externos, vagina, cérvix o tumoraciones uterinas causantes del sangrado, así como la presencia de traumatismos o cuerpos extraños.

Exámenes de laboratorio:

Biometría hemática y pruebas de coagulación.

PIE en toda mujer con vida sexual activa.

Perfil tiroideo.

Perfil androgénico.

Ecografía: es la primera prueba diagnóstica en pacientes con hemorragia para identificar alteraciones estructurales.

TRATAMIENTO

El tratamiento debe perseguir los siguientes objetivos:

- Cohibir la hemorragia.
- Evitar recidivas.
- Tratar la anemia ferropénica.

Cohibir la hemorragia

No hormonal:

Antifibrinolíticos: disminuyen la hemorragia hasta en un 50%. Actúan reduciendo los niveles de plasminógenos por lo que reduce la fibrinólisis. El más utilizado es el ácido tranexámico.

AINE: inhiben la prostaglandinasintetasa y, por tanto, los niveles endometriales de prostaglandinas vasodilatadoras. Son muy utilizados el ácido mefenámico, el ibuprofeno y el naproxeno. La reducción del sangrado menstrual, de manera global, alcanza un 30%.

Hormonal: las pautas e indicaciones son complejas y variadas. En general, se emplearán:

Estrógenos: se usan en hemorragias agudas y en endometrios atróficos, ya que al estimular la proliferación endometrial frenan el sangrado.

Estrógenos más gestágenos: se emplean en hemorragias moderadas (etinilestradiol más acetato de noretisterona).

Progestágenos: se administran diariamente del 5.º al 26.º día del ciclo, ayudando controlar la pérdida hemática a corto plazo.

DIU-Levonorgestrel: reduce el sangrado en más del 95% de los casos tratados con beneficio máximo a los 6 meses.

QUIRURGICO:

Legrado endometrial: es un método eficaz para contener la hemorragia de forma rápida y además proporciona material para estudio histológico, aunque requiere hospitalización y anestesia, por lo que no debe ser utilizado como medida terapéutica de primera elección.

Ablación-resección endometrial: son técnicas que buscan la destrucción (ablación) o extirpación (resección) del endometrio, incluyendo 1-3 mm del miometrio subyacente para destruir la capa basal del endometrio y así reducir la cantidad de sangrado o producir amenorrea.

Histerectomía: es el procedimiento más radical y definitivo y está indicado cuando el tratamiento médico falla en mujeres.