

Paciente femenina de 20 años de edad, originaria de Morelos; sin antecedentes de importancia. Presentó menarca a los 1 años, telarca y pubarca a los 13 años. Ritmo menstrual 28 x 4, eumenorreica. Gesta 1, Para 1, Abortos 0. Embarazo anterior sin control prenatal; parto hace 3 años atendido con partera empírica en medio no hospitalario. La paciente refiere haber presentado abundante sangrado, por lo que fue trasladada al hospital más cercano. Durante el periodo de lactancia refiere agalactia y no reanudó función menstrual. Fecha de última menstruación: antes del último embarazo. Nunca ha utilizado métodos de planificación familiar.

**Padecimiento Actual.** Inicia hace 2 años con intento de embarazo sin conseguirlo; refiere actividad coital 3 veces por semana, sin uso de anticonceptivos. Al interrogatorio dirigido refiere amenorrea de 3 años de evolución, así como astenia y adinamia, también refiere disminución de la libido, así como del volumen mamario y cantidad de vello axilar y púbico de tiempo de evolución no especificado.

**Exploración física.** Paciente femenina de edad aparente similar a la cronológica. Mamas hipotróficas, sin salida de secreciones. Útero de 7x5x5 cm, ovarios no palpables. Se observan genitales externos acordes a edad y sexo, sin secreciones anormales, vello púbico escaso. Al tacto vaginal se encuentra vagina elástica, eutérmica, reseca; cérvix bien epitelizado, con orificio puntiforme. Resto sin alteraciones.

### **Estudios paraclínicos**

Biometría Hemática: Normal

Electrolitos séricos: Na 133 mEq/l (137-145 mEq/l), resto normal.

Ultrasonido pélvico: normal

Histosalpingografía: normal

Perfil tiroideo: normal

Prolactina sérica: 0.6 ng/ml (2-15 mg/ml)

Cuantificación sérica de FSH, LH y estradiol:

FSH: 0.9 mUI/ml (1.4 – 9.6 mUI/ml)

LH: 0.2 mUI/ml (0.8 – 26 mUI/ml)

Estradiol: 5 pg/ml (20 – 60 pg/ml)

Cortisol sérico:

8:00 hrs: 4.1 mg/dl (5 – 25 mg/dl)

16:00hrs: 2.8 mg/dl (3 – 12 mg/dl)

Espermatobioscopía directa:

Volumen

eyaculado: 3.7

ml (> 2.0 ml)

pH: 7.3 (7.2 a

7.8)

Densidad: 30 millones/ ml (>20 millones/ml)

Movilidad: 70% (>50%)

Progresión lineal: 3.5 (>2 en escala de 0 a 4)

Morfología: 50% normales (>30% normales)

## ACTIVIDADES

1. ¿Cómo explica la disminución de gonadotropinas en este caso?

anomalía genética, diabetes mellitus tipo 2, consumo de fármacos alquilantes, opiáceos o glucocorticoides

2. ¿Por qué hay afección de los caracteres sexuales secundarios en esta paciente?

Por que no todos están en estado normal

3. ¿Qué hormonas se encuentran alteradas en este caso y cuál es su función en el organismo?

4. ¿Cuáles son las principales hormonas involucradas en la ovulación y cuál es su función?

FLH, LH y ESTRADIOL

5. ¿Por qué presenta amenorrea y agalactia la paciente?

Los trastornos hormonales, como el síndrome de ovario poliquístico, la menopausia precoz, el exceso de prolactina o las alteraciones tiroideas

6. ¿Cómo se altera el eje hipotálamo- hipófisis- ovario cuando existe hipopituitarismo?

El hipopituitarismo es una afección en la que la glándula pituitaria no produce suficientes hormonas

7. ¿Qué antecedentes de la historia clínica permitieron a los médicos llegar al diagnóstico y por qué?

Por que decía que ya había intentado durante 2 años

8. ¿Qué factores se estudian en la infertilidad femenina y en cuál de ellos clasificarías a esta

paciente?

Síndrome de ovario poliquístico

9. ¿Qué indican los resultados de la espermatobioscopia directa realizada a la pareja sexual de la paciente? Volumen, eyaculado, ml, ph

10. ¿Cuál es el pronóstico para la vida reproductiva de esta paciente?

Posibilidad casi nula de concebir