

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: Norma

|

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)

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

•como esta hormona hace que la hipófisis elabore y al no estar funcionando . . .  
correctamente al liberar la hormona luteinizante (LH) y la hormona . . .  
foliculoestimulante (FSH) este disminuya.

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

•porque a tenido retraso menstrual durante 3 años y mas problemas menstruales  
como disminución de senos.

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

•LH. al no poder regular el ciclo reproductivo  
•FSH. Al no regular los niveles de estrógenos y no poder controlar menstrual y p  
producción de ovulos.

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

•LH y FSH

Estas hormonas son producidas por la hipófisis y estimulan los ovarios para que  
produzcan estrógenos y progesterona.

•Estrógenos

Preparan el aparato genital femenino para la ovulación y la fecundación. También  
intervienen en el metabolismo de las grasas y el colesterol, disminuyen la tensión  
arterial, distribuyen la grasa corporal, protegen los huesos y estimulan la libido.

•Progesterona

Se produce en el cuerpo lúteo, que se forma después de que el folículo expulse su  
material interno. Cuando los niveles de progesterona caen, se produce la  
menstruación y se finaliza el ciclo menstrual.

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

•se presenta porque el hipotálamo, una glándula en el cerebro que regula los procesos corporales, deja de liberar la hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH), la hormona que inicia el ciclo menstrual, la libera con más lentitud o no tiene funcionamiento correctamente.

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

•falta de una o más hormonas hipofisarias. La falta de la hormona lleva a una pérdida de la función en la glándula u órgano que controla.

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

- menarca. Primer periodo menstrual.
- agalactia. Disminución de leche materna
- astenia. Cansancio
- adinamia. Extrema . ausencia de períodos menstruales.
- amenorrea. Ausencia de períodos menstruales
- mamas tipográficas. Disminución del tamaño de los senos.
- vagina elástica (eutérmica) y reseca.

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

•Análisis de sangre para medir los niveles de hormonas femeninas, como el estrógeno, la prolactina, la hormona luteinizante (LH), la hormona foliculoestimulante (FSH), y la progesterona

Pruebas de ovulación para verificar si la mujer está ovulando.

9. ¿Qué indican los resultados de la espermatobioscopía directa realizada a la pareja sexual de la paciente?

- Que el esta normal en sus estudios

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

•que su vida sexual está dañado por problemas de sus hormonas y deberá tener un tratamiento para restablecer