



Nombre del Alumno: Yari Karina Hernández Chacha

Nombre del tema: Ensayo de amenorreas

Parcial :2do

Nombre de la Materia: Clínica De Ginecología Y Obstetricia

Nombre del profesor: Fernández Solís Citlali Berenice

Nombre de la Licenciatura: Medicina Humana

7mo Semestre Grupo A

INTRODUCCIÓN

La amenorrea es una alteración del ciclo menstrual que consiste en la ausencia de menstruación en mujeres en edad reproductiva. Si bien puede parecer un síntoma menor, en realidad representa un signo clínico relevante que puede estar asociado a múltiples condiciones médicas. Su correcta identificación y clasificación permite orientar el diagnóstico y tratamiento de manera precisa. Esta alteración puede dividirse en dos grandes categorías: amenorrea primaria y amenorrea secundaria. Además, se clasifica de acuerdo con la localización de la alteración fisiopatológica, pudiendo ser de origen central (hipotalámico o hipofisario) o periférico (ovárico, uterino o vaginal). El presente ensayo tiene como objetivo analizar de manera clara y ordenada estas clasificaciones, sus causas más comunes, y la importancia de su diagnóstico oportuno.

CONTENIDO

La amenorrea representa una manifestación clínica relevante que, más allá de la simple ausencia de menstruación, refleja posibles alteraciones en el sistema endocrino, genético, anatómico o funcional de la mujer. Por esta razón, su estudio requiere un enfoque multidisciplinario que abarque desde la biología molecular hasta los aspectos psicológicos y sociales de las pacientes. La amenorrea primaria se presenta en mujeres que nunca han menstruado, y generalmente se diagnostica durante la adolescencia, cuando hay un retraso en la menarca. Las causas más frecuentes están relacionadas con alteraciones congénitas en el desarrollo del aparato reproductor o con trastornos genéticos que impiden la función ovárica normal. Un ejemplo claro es el síndrome de Turner, donde las mujeres presentan una cariotipo 45,X y experimentan disgenesia gonadal. Esto significa que sus ovarios están ausentes o fibrosos, y no producen las hormonas necesarias para inducir la menstruación ni las características sexuales secundarias. En estos casos, los niveles de gonadotropinas (FSH y LH) suelen estar elevados, como un intento del cerebro por estimular unos ovarios que no responden, lo que indica un origen periférico. Otra causa periférica de amenorrea primaria es el síndrome de insensibilidad a los andrógenos, en el que el individuo genéticamente es masculino (46,XY), pero sus tejidos no responden a los andrógenos, desarrollando una apariencia femenina externa sin útero ni menstruación. En contraste, algunas amenorreas primarias tienen una causa central, como el síndrome de Kallmann, caracterizado por hipogonadismo hipogonadotrópico y anosmia. En este caso, el problema reside en el hipotálamo, que no produce la hormona GnRH, indispensable para que la hipófisis libere las gonadotropinas que activan los ovarios. El diagnóstico en estos casos se apoya en estudios

hormonales, de imagen cerebral y genéticos. En cuanto a la amenorrea secundaria, se presenta en mujeres que han menstruado anteriormente pero interrumpen su ciclo por más de tres meses. La primera causa a descartar siempre es el embarazo, dado que es la causa más común. Una vez descartado, se deben considerar diversas posibilidades, tanto funcionales como patológicas. Una de las causas centrales más comunes es la amenorrea hipotalámica funcional, que se observa con frecuencia en mujeres sometidas a estrés crónico, pérdida de peso, ejercicio físico excesivo o trastornos alimenticios como la anorexia nerviosa. En estos casos, el cuerpo percibe un estado de “emergencia” que inhibe la secreción de GnRH, bloqueando el eje hormonal reproductivo. Estas pacientes suelen presentar niveles bajos de FSH, LH y estrógenos, sin daño estructural en los ovarios o el útero. Las alteraciones hipofisarias también pueden provocar amenorrea secundaria. Por ejemplo, un prolactinoma (tumor productor de prolactina) puede elevar los niveles de esta hormona, lo que inhibe la secreción de GnRH y, por ende, detiene la ovulación. Otras causas incluyen el síndrome de Sheehan, una necrosis hipofisaria postparto que ocurre tras hemorragias graves y afecta la función hormonal global. Entre las causas periféricas, una de las más frecuentes es el síndrome de ovario poliquístico (SOP). Esta condición implica una disfunción ovárica caracterizada por anovulación, hiperandrogenismo y presencia de múltiples quistes ováricos. A menudo se acompaña de alteraciones metabólicas como resistencia a la insulina, obesidad o trastornos del metabolismo de lípidos. El SOP es una causa común de infertilidad y amenorrea secundaria, y su diagnóstico se basa en los criterios de Rotterdam. Otra causa periférica importante es la insuficiencia ovárica prematura (IOP), que puede deberse a enfermedades autoinmunes, tratamientos oncológicos (como la quimioterapia o la radioterapia) o causas genéticas. En estos casos, los ovarios dejan de funcionar antes de los 40 años, provocando amenorrea, infertilidad y síntomas de menopausia precoz. También existen causas anatómicas, como el síndrome de Asherman, en el que se forman adherencias intrauterinas luego de legrados uterinos o cirugías, impidiendo el desarrollo y la eliminación normal del endometrio durante el ciclo menstrual. El abordaje clínico de la amenorrea requiere un enfoque sistemático. El primer paso es confirmar que no hay menstruación, descartando causas fisiológicas como el embarazo o la lactancia. Posteriormente, debe realizarse una historia clínica completa, evaluando la edad de inicio, el desarrollo puberal, antecedentes médicos, estilo de vida y tratamientos recibidos. El examen físico debe buscar signos de virilización, hirsutismo, galactorrea o malformaciones. Las pruebas hormonales incluyen FSH, LH, prolactina, TSH, estradiol y andrógenos. En algunos casos, se solicitan estudios de imagen como ecografía pélvica, resonancia magnética del cráneo y, si es necesario, estudios genéticos o laparoscopia.

El tratamiento dependerá del diagnóstico específico. En casos funcionales, el restablecimiento del equilibrio nutricional y emocional puede ser suficiente. En condiciones como el SOP o la IOP, se pueden usar anticonceptivos hormonales, inductores de la ovulación o terapia de reemplazo hormonal. En presencia de malformaciones anatómicas, puede ser necesaria la intervención quirúrgica.

Conclusión

La amenorrea, tanto primaria como secundaria, es un signo clínico que no debe ser subestimado. Su clasificación en causas centrales y periféricas permite una mejor comprensión del origen del problema y facilita un abordaje diagnóstico sistemático. Dada la complejidad del eje hormonal reproductivo, cualquier alteración puede desencadenar una interrupción del ciclo menstrual, que a su vez puede afectar la fertilidad, la salud ósea y el bienestar emocional de la paciente. Por ello, es fundamental que los profesionales de la salud estén capacitados para reconocerla, diagnosticarla adecuadamente y ofrecer tratamientos oportunos y personalizados, garantizando así una mejor calidad de vida para las pacientes afectadas.

Bibliografías

1. Secretaría de Salud. (2014). Diagnóstico y tratamiento de la amenorrea primaria y secundaria en el primer y segundo nivel de atención (Guía de Práctica Clínica, GPC). CENETEC.

<https://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/SS-452-14/ER.pdf>

2. Secretaría de Salud. (2015). Diagnóstico y tratamiento del síndrome de ovario poliquístico en mujeres adultas en el primer y segundo nivel de atención (Guía de Práctica Clínica, GPC). CENETEC.

<https://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/SS-134-13/ER.pdf>

3. Secretaría de Salud. (2010). Planificación familiar: anticoncepción hormonal combinada en mujeres sanas en edad fértil (Guía de Práctica Clínica, GPC). CENETEC.

<https://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/IMSS-363-10/ER.pdf>

