

**Materia:**

**Clinica de ginecología y obstetricia**

**Nombre del trabajo:**

**Ensayo de amenorrea**

**Zury Evelyn Morales Aguilar**

**Grupo: 7'A**

**Docente:**

**Dra. Fernández Solís Citlali Berenice**

Comitán de Domínguez Chiapas 09-abril-2025

## **Introducción**

La amenorrea es la ausencia de menstruación, que a menudo se define como la ausencia de uno o más períodos menstruales. Se dice que la amenorrea es primaria o primitiva cuando la menstruación no ha aparecido a la edad normal de la pubertad. La amenorrea se considera secundaria en el caso de desaparición de la regla, durante al menos 3 meses, en una mujer que previamente ha menstruado. Exceptuando el embarazo y la menopausia, estados en los que la ausencia de menstruación es fisiológica, cualquier falta anormal de menstruación implica la investigación del factor o los factores causantes, para poder aplicar un tratamiento adecuado.

## **Desarrollo**

Ausencia de función menstrual primarias y secundarias

### **Amenorreas primarias**

No existencia de menstruaciones a los 14 años de edad, acompañado de un retraso del crecimiento o de retraso del desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, o bien si han pasado ya más de dos años desde el inicio de la aparición de éstos. Ausencia de menstruación a los 16 años, independientemente del crecimiento y del desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, o bien si han pasado ya más de dos años desde el inicio de la aparición de estos.

Incidencia: 0.1%, de todas ellas el 60% están en relación con alteraciones del desarrollo genital por anomalías genéticas y el otro 40% debidas a trastornos endocrinológico.

### **Amenorreas secundarias**

Una vez establecidos ciclos menstruales, la desaparición de al menos 3 de ellos o ausencia de menstruación por un periodo de 6 meses. Podemos dividirlos según su origen en cuatro compartimentos:- Hipotálamo, hipófisis, útero y ovarios. Es la amenorrea que se produce por una alteración en la síntesis o secreción de GnRH. Se clasifican como amenorreas hipogonadotropas. Podemos diferenciar 2 tipos:

### **Causa hipotalámica**

- Orgánicas: Son secundarias a una lesión, pueden ser secundarias a procesos infecciosos del SNC
- Funcionales: Son producidas por alteraciones en la secreción pulsátil de GnRH

### **Causa hipofisaria**

- Síndrome de la silla turca vacía: Aparece por la herniación de la aracnoides a través del diafragma de la silla turca, puede ser congénita o secundaria a cirugía.
- Síndrome de Sheehan: Consiste en panhipopituitarismo debido a un infarto agudo y necrosis de la hipófisis secundario a un episodio hemorrágico (TDP o periodo puerperal).
- Apoplejia hipofisaria: Consiste en la hemorragia, infarto o necrosis de la hipófisis, conteniendo esta un tumor.
- Tumores hipofisarios: Problemas por compresión, por secreción de sustancias o isquemia de la hipófisis.

### **Causa ovárica**

A. Fallo ovárico prematuro: Se trata de la disminución precoz del número del folículo ovárico, ya sea por un menor número de folículos o por un aumento en su destrucción.

B. Síndrome de ovario resistente: Se caracteriza por mujeres con amenorrea, desarrollo y crecimiento normal con niveles elevados de gonadotropinas

C. Síndrome de Ovario Politeístico (SOP): Existe una inversión en el cociente LH/FSH, con un aumento de LH, y aumento de andrógeno

D. Tumores ováricos

E. Efecto de la radioterapia/quimioterapia: Efecto de la radiación sobre el ovario depende de la dosis absorbida por el ovario.

### **Causa uterina**

Están relacionadas en general con una destrucción endometrial.

A. Síndrome de ASHERMAN: Generalmente se produce después de legrados uterinos (destruyen el endometrio y forman adherencias en la cavidad uterina)

B. Infecciones: Tuberculosis genital, producen trastornos del endometrio que provocan amenorrea.

C. Cirugías: Colonización cervical

### **Clasificación;**

- Según el momento de aparición; **primarias** o **secundarias**
- Según la localización; •**centrales**; (alteraciones en hipofisis e hipotálamo) •**periféricos**; (útero, ovarios o tracto genital inferior)

## **Amenorreas centrales**

Se producen por una disfunción en el sistema productor de GnRH, por ausencia congénita, destrucción, alteraciones en el sistema modulador o por falta de maduración produciendo ausencia o déficit de GnRH.

## **Sx de Kallman**

Se caracteriza por:

- Atrofia de la corteza olfatoria e infantilismo sexual.
- Anosmia
- Hiposmia
- Malformaciones faciales (labio leporino, paladar hendido, orejas de implantación baja)
- Cariotipo normal.

## **INSUFICIENCIA DE HORMONAS**

### **GONADOTROPAS HIPOFISARIAS:**

Se caracteriza por:

- Disminución selectiva de las gonadotropinas.
- Talla normal
- NO alteradas el resto de las hormonas.

### **ADELGAZAMIENTO, OBESIDAD Y EJERCICIO FÍSICO**

- Disminución de peso: retraso puberal, menarca tardía y amenorrea.
- Disminución del ritmo metabólico.

### **PSICÓGENAS:**

Puede producirse en situaciones de:

- Estrés, conflicto con el medio, problemas personales, familiares, cuadros depresivos.

- Disfunción en la pulsatilidad de la secreción GnRH.

## **HIPOFISARIA:**

Se produce una falta de gonadotropinas, bien por alteración en las células o por fallo en la llegada de las señales hipotálamicas de GnRH.

### **Amenorreas periféricas**

Pueden provocarse por la inexistencia de las gonadas o bien por ausencia o no funcionamiento de su componente germinal, por defectos bioquímicos en estas o una vez formadas, por una destrucción de las mismas.

Origen gonadal:

- Disgenesia gonadal
- Agenesia gonadal

## **AGENESIA GONADAL**

Ausencia total de las gónadas, existe un hipogonadismo hipergonadotrópico y en ausencia de estas el desarrollo será femenino.

## **DISGENESIA GONADAL**

Existe tejido ovárico pero con ausencia de células germinales. Se caracteriza por

- Gonadotropinas elevadas
- Genitales externos son femeninos (infantiles)
- Alteración en la forma de ovarios

## **DISGENESIA GONADAL:**

- SX DE TURNER
- Frecuentes los mosaicismos encontrando líneas celulares 45 XO y otras de 46 XX.
- Son pacientes que presentan:
  - Talla baja
  - Pterigion colli
  - Tórax en escudo
  - Orejas de implantación bajas
  - Acortamiento de 4° y 5° metacarpiano
  - Cubitus valgus

- Micrognatia
- Alteraciones renales y cardíacas.
- Infantilismo sexual
- Amenorrea primaria

## **DISGENESIA GONADAL:**

### **SX DE SWEYWER**

Cromosomicamente son 46 XY, pero el cromosoma Y no se expresa por lo que se comporta como un XO. Se caracteriza por: talla normal y no existen estigmas fenotípicos, ni malformaciones asociadas.

### **HIPOPLASIA GONADAL**

Se caracteriza por: ovarios pequeños, con dotación folicular normal, escasa pudiendo encontrar:

- Infantilismo sexual / desarrollo de caracteres sexuales secundarios normales.

### **SX DE OVARIO RESISTENTE:**

Son pacientes con ovarios con dotación folicular normal pero a expensas de folículos primordiales, se caracterizan por:

- Amenorrea primaria

## **HIMEN PERFORADO**

Se presenta desarrollo puberal normal, cursa con retención de la menstruación (hematocolpos) y posteriormente (hematometra).

## **AGENESIAS MULLERIANAS:**

### **SX DE ROKITANSKY- KUSTER-HAUSER**

- Defecto anatómico
- Se produce por una alteración en la permeabilidad de los conductos de Muller, lo que desencadena un deficit total o parcial de vagina.
- Cariotipo 46 XX normal, con cromatina sexual positiva y fenotípicamente son mujeres normales

- Talla normal, genitales externos y mamas bien desarrolladas.
- Se puede acompañar de malformaciones renales

### **Anamnesis y exploración física**

- Historia clínica y exploración física detallada.
- Antecedentes familiares y personales: fármacos que hayan podido ser administrados durante la infancia (anabolizantes, corticoides, hormonas sexuales).
- Asegurar de que exista un aparato genital normal
- Observar bello pubiano, axilar, desarrollo mamario, peso, talla, IMC

### **Pruebas complementarias**

- Descartar embarazo.
- TSH: Hiperiroidismo subclínico.
- PRL: Descartar una amenorrea secundaria a hiperprolactinemia, asociada o no a un prolactinoma.
- TEST estrógenos-progestanos

### **Determinación de gonadotropinas**

- Niveles de gonadotropinas elevadas sospechar en disfunción ovárica, ya que el eje hipotálamo-hipófisis

- Niveles de gonadotropinas bajos; Están relacionados con un fallo hipofisario o hipotalámico
- Niveles de gonadotropinas normales; existe un problema en la calidad de gonadotropinas, más que en la cantidad en la que se encuentra

## **Conclusión**

La conducta práctica ante una amenorrea debe siempre comenzar descartando un embarazo. A continuación, el diagnóstico etiológico puede parecer complejo, debido al gran número de etiologías diferentes, pero, en la práctica, sólo algunas causas son muy frecuentes: el síndrome de los ovarios poliquísticos, la hiperprolactinemia y la amenorrea hipotalámica. Estas causas deben descartarse sistemáticamente antes de iniciar un tratamiento estroprogestágeno.