

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.

