



**UNIVERSIDAD DEL SURESTE  
MEDICINA HUMANA  
CAMPUS COMITAN**



TEMA:  
AMENORREAS

MATERIA:  
CLINICA DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

ALUMNA:  
DANIELA ELIZABETH CARBAJAL DE LEÓN

GRADO Y GRUPO:  
SEPTIMO "A"

DOCENTE:  
DRA. CITLALI BERENICE FERNANDEZ SOLIS

# Introducción

---

La amenorrea se entiende como la ausencia de sangrado menstrual en una mujer en edad reproductiva, y representa un síntoma que puede estar asociado a múltiples condiciones fisiológicas o patológicas. Esta alteración puede reflejar disfunciones en diversos niveles del sistema reproductor, por lo que su presencia requiere una evaluación clínica adecuada para determinar su causa subyacente (Lete et al., 2013).

En este sentido, es fundamental diferenciar entre la amenorrea primaria, cuando la menstruación no ha aparecido nunca a pesar del desarrollo puberal, y la amenorrea secundaria, cuando se produce una interrupción del ciclo menstrual en una mujer que ya había menstruado previamente. Sin embargo, la clasificación no se limita al momento de aparición. También es crucial identificar si el origen del trastorno es central, es decir, si la disfunción proviene del eje hipotálamo-hipofisario, o si es periférico, afectando directamente a los ovarios, el útero o incluso al aparato genital externo. Este abordaje permite establecer un diagnóstico diferencial adecuado y planificar las pruebas necesarias para llegar a la causa raíz del problema.

Al estudiar las distintas formas de amenorrea, me ha resultado especialmente interesante la manera en que factores genéticos, endocrinos, anatómicos y funcionales pueden interactuar, generando cuadros clínicos complejos que requieren un enfoque individualizado. Tal como se señala en el protocolo de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), la evaluación clínica debe realizarse con una visión integral, partiendo de una anamnesis completa, un examen físico detallado y el uso racional de estudios complementarios para orientar el diagnóstico y definir la mejor estrategia terapéutica. Es precisamente esta complejidad lo que hace que el estudio de las amenorreas sea no solo clínicamente relevante, sino también intelectualmente estimulante.

# Amenorreas

---

La amenorrea es un síntoma ginecológico que se define como la ausencia de sangrado menstrual en una mujer en edad reproductiva, lo que puede deberse a una amplia variedad de causas fisiológicas o patológicas. Su clasificación se basa tanto en el momento de aparición como en el origen fisiopatológico del trastorno. La aproximación diagnóstica exige una evaluación detallada, ya que su presencia puede reflejar disfunciones en cualquiera de los niveles del eje hipotálamo-hipófiso-gonadal o en los órganos periféricos.

## Amenorrea primaria

- Definición:

Se considera amenorrea primaria cuando no se ha presentado la primera menstruación (menarquia) a los 16 años en presencia de desarrollo puberal normal, o a los 14 años si no hay caracteres sexuales secundarios.

- Clínica:

La paciente puede presentar talla baja, infantilismo sexual, ausencia de vello púbico o axilar, desarrollo mamario incompleto, o signos de virilización si existe hiperandrogenismo. En algunas ocasiones puede haber dolor cíclico en casos de malformaciones obstructivas (Hospital General Universitario de Albacete, 2011).

- Factores de riesgo:

- Anomalías cromosómicas (p. ej., síndrome de Turner)
- Malformaciones del tracto genital (síndrome de Rokitansky, himen imperforado)
- Déficit enzimáticos o resistencia androgénica
- Historia familiar de alteraciones puberales
- Trastornos endocrinos

- Síndromes genéticos asociados

- a. Síndrome de Turner (45,X)
- b. Síndrome de Rokitansky-Küster-Hauser (agenesia mülleriana)
- c. Síndrome de insensibilidad androgénica (AIS, cariotipo 46,XY)

- Método diagnóstico:

Se realiza evaluación del desarrollo puberal, estudios hormonales (FSH, LH, estradiol, andrógenos), ecografía pélvica, cariotipo y resonancia magnética si se sospecha patología hipotalámica o hipofisaria.

- Tratamiento:

Dependerá del diagnóstico específico. En disgenesias gonadales se administra terapia hormonal sustitutiva. En malformaciones anatómicas se realiza corrección quirúrgica. El tratamiento busca inducir caracteres sexuales secundarios y, en algunos casos, preservar la fertilidad (Hospital General Universitario de Albacete, 2011).

# Amenorreas

---

## Amenorrea secundaria

- Definición:

Se define como la ausencia de menstruación durante tres ciclos consecutivos o más de seis meses en una mujer que previamente tenía ciclos menstruales regulares (Lete et al., 2013).

- Clínica:

La sintomatología dependerá de la causa: puede haber galactorrea (si hay hiperprolactinemia), hirsutismo (si hay hiperandrogenismo), sofocos y sequedad vaginal (si hay hipoestrogenismo), o dolor pélvico en casos uterinos. En trastornos hipotalámicos funcionales puede haber antecedentes de pérdida de peso, ejercicio excesivo o estrés (Hospital General Universitario de Albacete, 2011).

- Factores de riesgo:

- Trastornos alimentarios o bajo peso
- Estrés crónico
- Ejercicio físico intenso
- Síndrome de ovario poliquístico
- Hiperprolactinemia
- Cirugías uterinas previas (p. ej., legrados)

- Síndromes genéticos asociados

- a. Síndrome del ovario poliquístico (SOP)
- b. Insuficiencia ovárica prematura (IOP)

- Método diagnóstico:

Inicialmente debe descartarse embarazo. Luego se evalúan niveles hormonales (FSH, LH, prolactina, TSH, estradiol, andrógenos), pruebas de imagen (ecografía pélvica, RMN hipofisaria si se sospecha adenoma) y test de gestágenos para valorar la funcionalidad del endometrio.

- Tratamiento:

El tratamiento es etiológico: se corrige la causa subyacente. Puede incluir desde normalización del peso corporal, tratamiento hormonal (anticonceptivos, inductores de ovulación, terapia sustitutiva), manejo quirúrgico en casos de sinequias (síndrome de Asherman) o tratamiento de hiperprolactinemia con agonistas dopaminérgicos (Hospital General Universitario de Albacete, 2011).

## Amenorrea de origen central

- Definición:

Es aquella amenorrea originada por alteraciones en el eje hipotálamo-hipofisario, que afectan la secreción de gonadotropinas (FSH y LH), interfiriendo con el estímulo hormonal necesario para la ovulación.

# Amenorreas

---

- Clínica:

Puede presentarse con signos de hipoestrogenismo (sofocos, atrofia vaginal), galactorrea si hay hiperprolactinemia, o ausencia de caracteres sexuales secundarios si el trastorno es congénito. En casos funcionales, se asocia a estrés, pérdida de peso o ejercicio excesivo (Hospital General Universitario de Albacete, 2011).

- Factores de riesgo:

- Tumores hipofisarios o craneofaringiomas
- Síndrome de Kallmann
- Estrés emocional crónico
- Anorexia nerviosa
- Ejercicio físico excesivo
- Lesiones hipotalámicas congénitas o adquiridas

- Síndromes genéticos asociados

- a. Síndrome de Kallmann
- b. Síndrome de Prader-Willi

- Método diagnóstico:

Incluye dosificación de FSH, LH, prolactina y TSH. La resonancia magnética cerebral es esencial cuando se sospechan alteraciones hipotalámicas u orgánicas. El test de estimulación con GnRH puede ser útil en algunos casos (Lete et al., 2013).

- Tratamiento:

En casos funcionales, el abordaje es conservador: mejoría del estado nutricional, reducción del estrés o ajuste del entrenamiento físico. Si hay tumores, se considera tratamiento quirúrgico o farmacológico (p. ej., bromocriptina para prolactinomas). En casos de hipogonadismo hipogonadotrópico persistente, se puede administrar terapia hormonal sustitutiva (Hospital General Universitario de Albacete, 2011).

- Consideraciones especiales:

En estos síndromes, el diagnóstico suele establecerse en la infancia o adolescencia. Es importante la reposición hormonal para inducir y mantener el desarrollo puberal, además del seguimiento neurológico y genético. En Kallmann, el tratamiento con pulsos de GnRH o gonadotropinas puede permitir la fertilidad.

## **Amenorrea de origen periférico**

### Definición:

La amenorrea periférica se debe a alteraciones a nivel ovárico, uterino o del tracto genital, es decir, en los órganos efectores del ciclo menstrual.

# Amenorreas

---

- Clínica:

Las manifestaciones clínicas dependerán del órgano afectado: hipoestrogenismo (insuficiencia ovárica), sangrado retrógrado y dolor en malformaciones obstructivas, o antecedentes de legrados uterinos en casos de sinequias.

- Factores de riesgo:

- Insuficiencia ovárica prematura (idiopática, autoinmune, posquimioterapia)
- Malformaciones genitales obstructivas
- Cirugías uterinas previas
- Endometritis o tuberculosis uterina
- Enfermedades autoinmunes

- Síndromes asociados

- a. Disgenesia gonadal pura (46,XX o 46,XY)
- b. Síndrome de Swyer (disgenesia gonadal pura 46,XY)

- Método diagnóstico:

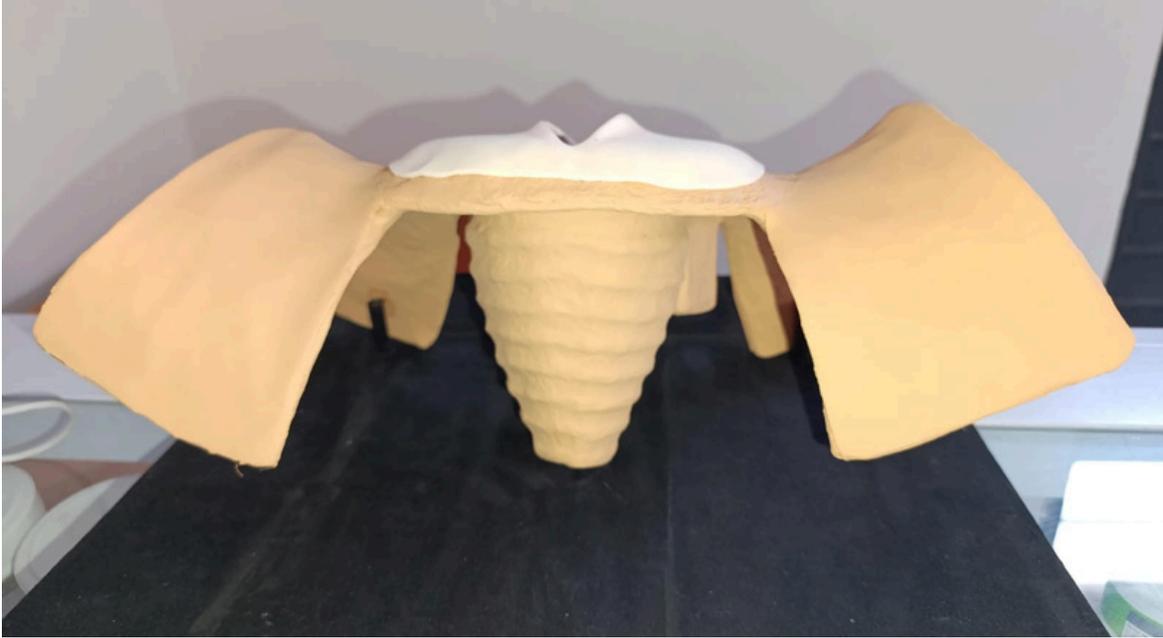
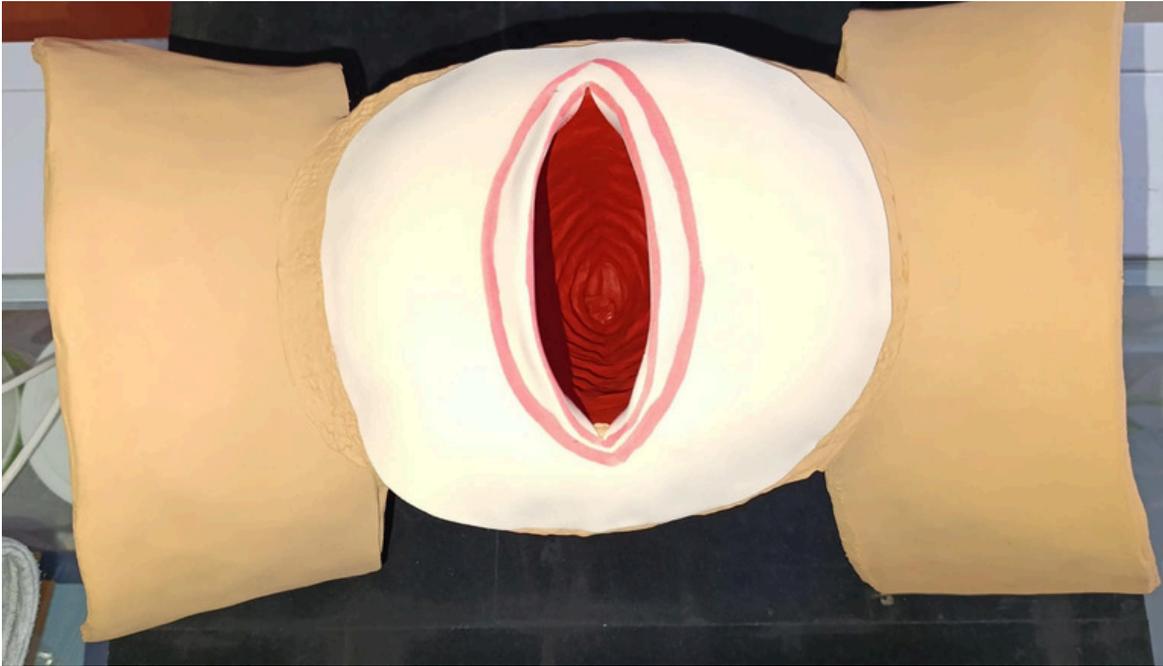
La ecografía pélvica y la resonancia magnética son clave para detectar alteraciones morfológicas. Los niveles de FSH elevados orientan hacia un fallo ovárico. La histeroscopia se utiliza para confirmar sinequias uterinas. El cariotipo está indicado si hay sospecha de causa genética.

- Tratamiento:

En caso de fallo ovárico se administra terapia hormonal sustitutiva. Las malformaciones anatómicas requieren tratamiento quirúrgico. En sinequias, el tratamiento es histeroscópico y se puede complementar con estrógenos para estimular la regeneración endometrial

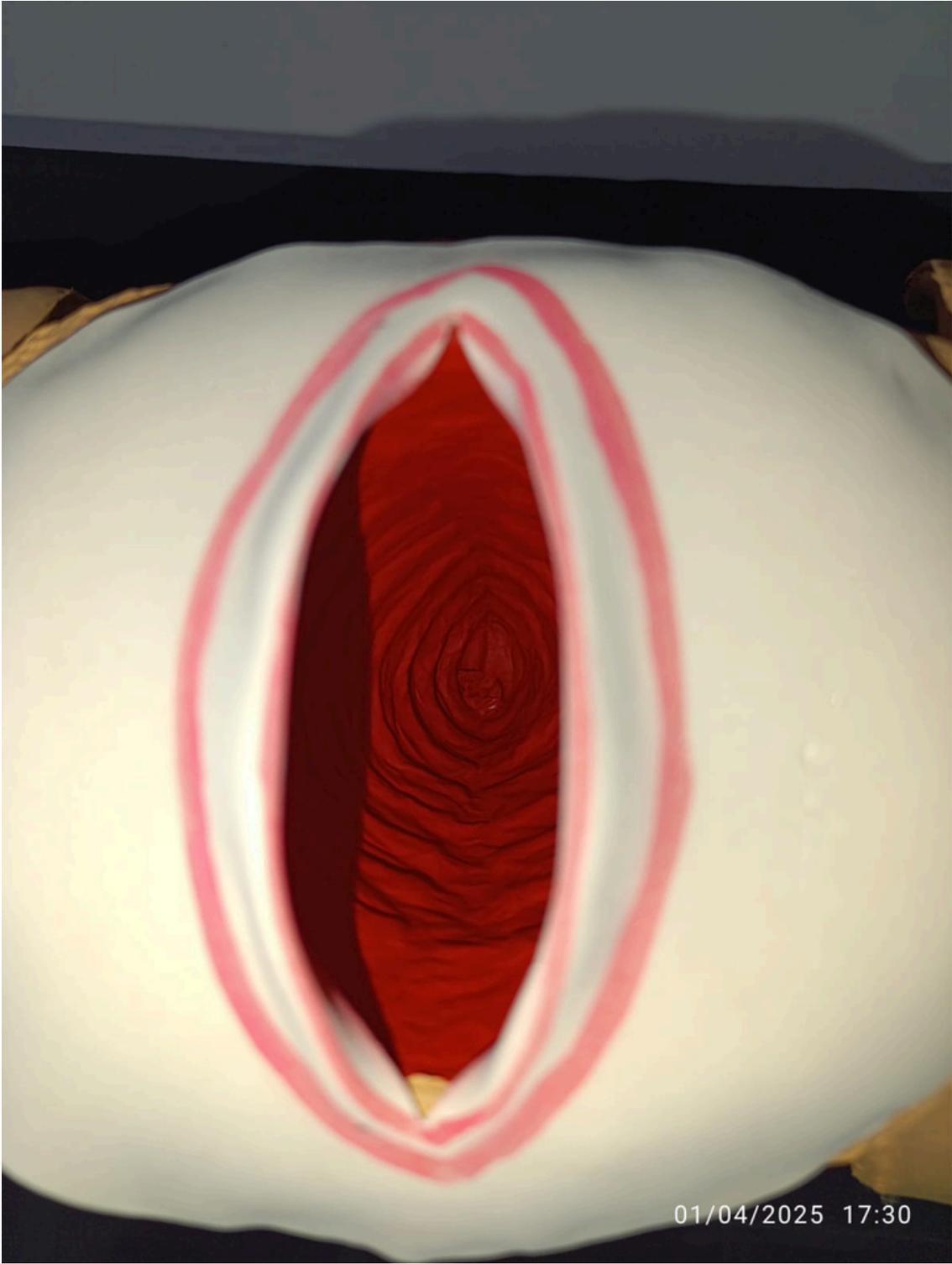
# Maqueta

---



# Maqueta

---



# Conclusión

---

Después de analizar en profundidad el fenómeno de la amenorrea, he podido comprender que no se trata simplemente de la falta de menstruación, sino de un indicador clínico que puede ser la manifestación de múltiples alteraciones en el organismo femenino. A través de este estudio, confirmé que el abordaje de una paciente con amenorrea requiere una mirada clínica integral y meticulosa, donde la historia médica, el examen físico y las pruebas complementarias se convierten en herramientas fundamentales para orientar el diagnóstico. He aprendido que no basta con identificar la ausencia de la regla; es imprescindible explorar los mecanismos fisiológicos que podrían estar alterados, desde el nivel hipotalámico-hipofisario hasta los órganos efectores como los ovarios y el útero.

Me llamó particularmente la atención la necesidad de mantener una actitud diagnóstica ordenada, que permita descartar primero las causas más frecuentes o fisiológicas, como el embarazo, y luego avanzar hacia alteraciones endocrinas, estructurales o incluso genéticas. Esta metodología no solo permite identificar el origen de la amenorrea, sino también establecer un tratamiento personalizado y adaptado a las necesidades de cada mujer. En este proceso, es clave tener en cuenta aspectos como la edad de la paciente, su deseo de fertilidad y el impacto psicológico que puede tener esta condición en su vida cotidiana.

Complementando lo aprendido con otras fuentes especializadas, he reafirmado que el manejo de la amenorrea debe adaptarse al contexto individual de cada paciente, considerando no solo los aspectos médicos, sino también los emocionales y sociales. La literatura médica enfatiza que, más allá del diagnóstico, es esencial identificar cómo esta alteración afecta la calidad de vida de la mujer, su autoestima y sus expectativas reproductivas. Textos como los de Speroff y Fritz (2019) y las recomendaciones de la American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG, 2020) resaltan que el tratamiento debe dirigirse tanto a la causa subyacente como a las posibles consecuencias a largo plazo, como la pérdida de masa ósea, los trastornos metabólicos o el impacto en la fertilidad. Para mí, este enfoque integral reafirma la importancia de una medicina centrada en la paciente, donde la escucha activa y la empatía resultan tan relevantes como el conocimiento científico. Al finalizar este trabajo, entiendo que la amenorrea no es solo un signo clínico a resolver, sino una oportunidad para intervenir de manera preventiva, educativa y terapéutica, ayudando a cada mujer a recuperar el equilibrio entre su salud física, hormonal y emocional.

# Bibliografía

---

- Lete, I., Doval, J. L., Arbat, A., Borrás, A., Cabero, L., & Grupo de trabajo de Ginecología Infantojuvenil de la SEGO. (2013). Protocolo SEGO: Amenorrea primaria y secundaria. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 56(10), 511–525. <https://doi.org/10.1016/j.pog.2013.10.002>
- Laot, L., Bretault, M., & Christin-Maitre, S. (2023). Amenorreas. *EMC - Tratado De Medicina*, 28(1), 1–10. [https://doi.org/10.1016/s1636-5410\(23\)48726-0](https://doi.org/10.1016/s1636-5410(23)48726-0)
- Hospital General Universitario de Albacete. (2011). Amenorrea: enfoque diagnóstico y manejo. Servicio de Ginecología y Obstetricia. [https://www.chospab.es/area\\_medica/obstetriciaginecologia/docencia/seminarios/2011-2012/sesion20111214\\_1.pdf](https://www.chospab.es/area_medica/obstetriciaginecologia/docencia/seminarios/2011-2012/sesion20111214_1.pdf)
- Lete, I., Doval, J. L., Arbat, A., Borrás, A., Cabero, L., & Grupo de trabajo de Ginecología Infantojuvenil de la SEGO. (2013). Protocolo SEGO: Amenorrea primaria y secundaria. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 56(10), 511–525. <https://doi.org/10.1016/j.pog.2013.10.002>