

Amenorreas primarias

Amenorrea primaria:

Ausencia de menarquia a los 16 años; a los 14 años, si hay ausencia de pubarquia; o a los 13 años, si hay ausencia de telarquia.

Amenorrea secundaria:

Ausencia de menstruación durante al menos 3 meses en una mujer que tenía ciclos regulares y al menos 6 meses en mujeres con ciclos irregulares.

Amenorrea primaria:

Ausencia de menarquia a los 16 años con presencia de caracteres sexuales o menarquia con 14 años con ausencia de caracteres sexuales (telarquia-crecimiento mamario, pubarquia-crecimiento vello pubico)

CLASIFICACIÓN

Con caracteres sexuales secundarios presentes >>> sospechar de alteración estructural (uterino)

- Se solicita USG >>> tiene útero . . .
 - Sí >> obstrucción del sangrado >> himen imperforado, septum vaginal
 - No >> buscar cariotipo
 - 46 XY >> fenotipo femenino por insensibilidad a los andrógenos (testosterona) >>
 Sx de Morris (puede llegar a producir disgerminoma - tumor de cel germinales de ovario)
 - 46 XX >> agenesia mulleriana (agenesia uterina, vaginal) - **Sx de Rokitansky**

No hay caracteres sexuales presentes >>> hay una alteración en el eje hipotálamo-hipófisis-ovario

- **Se solicita LH y FSH**
 - LH y FSH <5
 - Hipogonadismo hipogonadotropo + anosmia = **Sx de Kallman** (agenesia del bulbo olfatorio)
 - LH > 40 Y FSH >20
 - Hipogonadismo hipergonadotropo (alteración ovárica - no produce progesterona y testosterona)
 - Se solicita cariotipo . . .
 - 45 X0 >> Sx Turner: formación defectuosa de los ovarios
 - 46 XX >> SX Swyer: agenesia o disgenesia gonadal pura

SÍNDROME DE TURNER (45 X0 o mosaicismo XX con alteración en una X)

Primer síndrome de amenorrea primaria, hay hiper producción de LH > 40 y FSH > 20, por lo cual existe una alteración en los ovarios

CLÍNICA

- Talla baja
- Disgenesia gonadal
- Fenotipo típico: linfedema, displasia ungueal (uñas pequeñas, estrechas e hiperconvexas), paladar alto y en arco, cuello alado, dificultad para aprender
- Amenorrea
- Puede llegar a tener elongación del arco transverso (49%)



SX DE ROKITANSKY (46 XX)

Existe una agenesia 2/3 superior de la vagina o aplasia de útero y el ovario se encuentra normal,

alteración en la permeabilidad de los conductos de müller (RM de elección)

Rokitansky tipo II >> hay malformaciones cardíacas y renales

HIMEN IMPERFORADO

A la exploración con dolor abdominal, debido al acumulo menstrual

DX >> se realiza mediante la expiración genital

TX >> incisión y evacuación

Amenorrea primaria factores de riesgo:

- Ausencia de Cromosoma Y.
- Cariotipo 45XO.
- Disgenesia Gonadal.
- Insensibilidad a andrógenos.
- Déficit de 17-alfa-hidroxilasa y 21.

Amenorrea secundaria factores de riesgo:

- Sexualmente activa.
- Hipertiroidismo o ejercicio extremo.
- Puerperio.
- Trastornos de alimentación.
- Anticonceptivos.

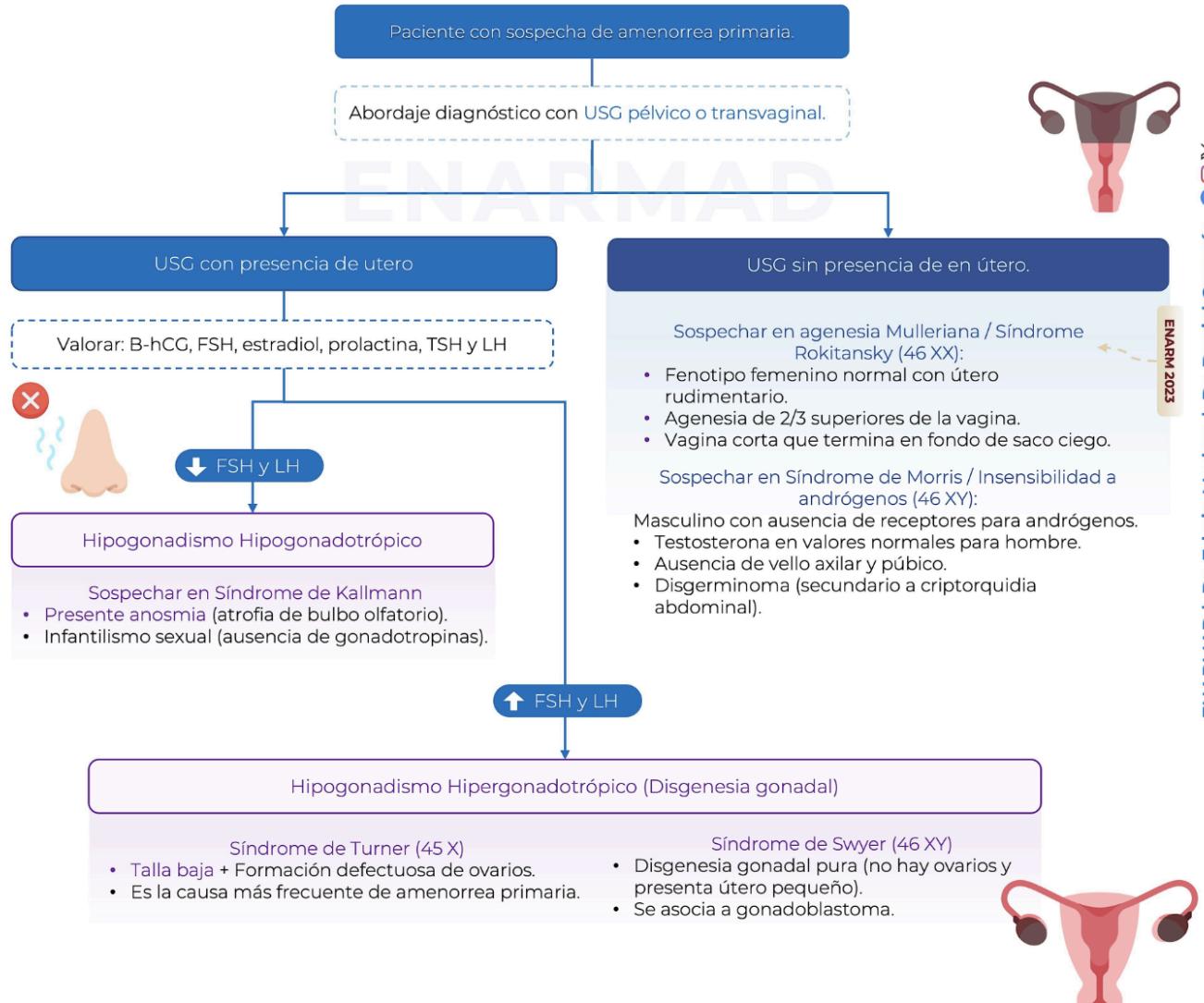
Disgenesia Gonadal: Los ovarios se tienen una malformación, presentándose como dos cintillas fibrosas con ausencia de folículos.

Hipogonadismo hipergonadotrópico: Incapacidad de los ovarios para responder a la presencia de gonadotropinas que lo estimulan, debido a agenesia o disgenesia gonadal.

Hipogonadismo hipogonadotrópico: Ausencia de secreción hormonal gonadal por ausencia de gonadotropinas. Se debe a un problema con la hipófisis o el hipotálamo.

Amenorrea fisiológica: Es el tipo de amenorrea que se presenta antes de la pubertad, embarazo, puerperio y climaterio.

Amenorrea psíquica: El estrés produce amenorrea primaria o secundaria por la liberación de CRH que inhibe secreción de gonadotropinas.



Amenorrea secundaria

En toda mujer en edad fértil con amenorrea secundaria, es fundamental descartar la posibilidad de embarazo como primera causa. Para ello, se recomienda realizar la medición de las concentraciones séricas y urinarias de la fracción beta de la hormona gonadotropina coriónica humana (hCG- β), ya que su detección permite confirmar o excluir la gestación.

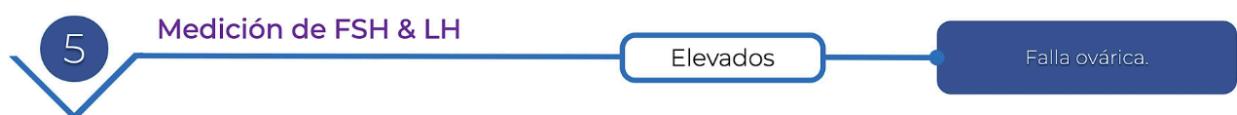
Ausencia de menstruación por 3 meses o más en una mujer que previamente ha menstruado



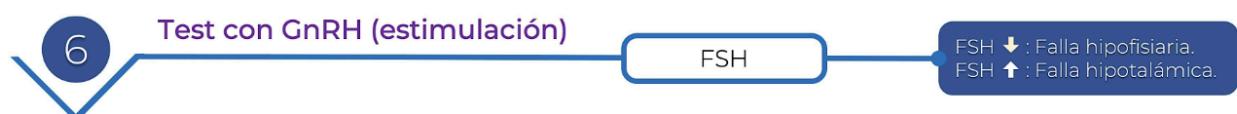
Test con progesterona se da **acetato de medroxiprogesterona 5-10 mg /día x 5 días >> sospecha de SOP**



Se da esteroides y progestagénos X 3 meses



LH y FSH elevadas 3-4 veces



Sube FSH >> alteración hipotalámica (nerviosa)

No sube FSH >> alteración hipofisaria (Sheehan)

Las amenorreas secundarias de mayor relevancia ENARM son el síndrome de Asherman, que se asocia a la presentación de sinequias uterinas, y el síndrome de Sheehan, que se presenta posterior a una necrosis hipofisaria secundaria a hemorragia obstétrica severa. El embarazo siempre debe descartarse en mujeres con edad fértil.

Síndrome de Asherman o Sinequias uterinas

Es la formación de tejido cicatricial en la cavidad uterina. El problema suele desarrollarse más frecuentemente tras una cirugía uterina. La mayoría de casos ocurren en mujeres sometidas previamente a procedimientos de dilatación y curetaje.



Sinequias (adherencias) uterinas >> generalmente secundarios a curetajes excesivo de endometrio
Por infección uterina

TX >> sintomático en caso de que desee embarazo

TX definitivo >> resección de adherencias por histeroscopia

Síndrome de Sheehan

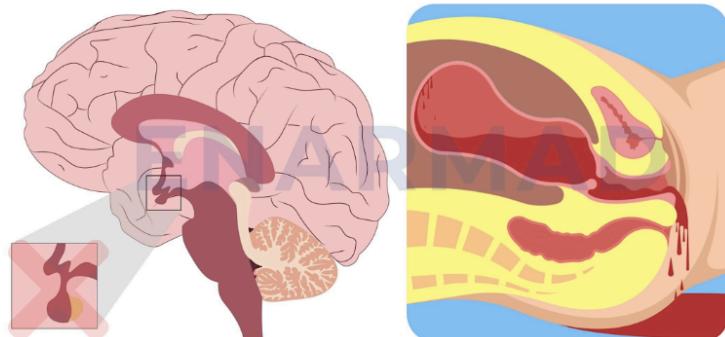
Es una necrosis hipofisaria posparto secundaria a una hemorragia obstétrica. Ocurre por colapso circulatorio intenso que produce isquemia de la hipófisis aumentada de tamaño y conlleva a la aparición de panhipopituitarismo en el postparto.

- Clínica**
- Antecedentes de hemorragia postparto.
 - Ausencia de lactancia.
 - Caída completa o parcial del vello pubiano y axilar.

Diagnóstico

Clínico + demostración de deficiencia corticoadrenal, tiroideas y gonadal.

Tratamiento con reposición hormonal.



Causa más frecuente de **panhipopituitarismo** en edad reproductiva.

FISIOPATOLOGÍA

Se produce por **un infarto hipofisario** en el cual generalmente se produce **postparto** tras una hemorragia obstétrica, la cual genera un **colapso circulatorio** produciendo un **infarto** a nivel de la **hipófisis**.

CLÍNICA

- Incapacidad para la lactancia
- Amenorrea
- Pérdida de vello pubiano y axilar
- Intolerancia al frío asistencia

FALLA OVÁRICA PRECOZ

Ausencia de menstruación durante 4 meses o más, en menores de 40 años

Etiología >> 90% desconocida

Criterios diagnósticos

- ≤ 40 años
- Amenorrea ≥ 4 meses
- FSH ≥ 25 UI/ml

TRATAMIENTO

Quiere embarazo . . .

- Sí >>> donación de ovocitos, adopción o tratamiento expectante con terapia hormonal de reemplazo
- No
 - Terapia hormonal de reemplazo
 - Apoyo psicológico
 - Aporte de vitamina D y calcio