



Amenorrea

M. Bretault, S. Christin-Maitre

La amenorrea se define por la ausencia de ciclo menstrual en la niña después de los 15 años de edad, con o sin desarrollo puberal (amenorrea primaria) o por una interrupción en una mujer con menstruación previa (amenorrea secundaria). Ante una amenorrea, es importante descartar un embarazo. La anamnesis investiga la antigüedad de los trastornos de ciclo, la carencia nutricional, la anosmia, el consumo de medicamentos, las oleadas de calor, los dolores pélvicos cíclicos, los antecedentes personales de radioterapia y quimioterapia y los antecedentes familiares de hipogonadismo. La valoración clínica incluye la evaluación del desarrollo puberal, la estatura y el peso, con cálculo del índice de masa corporal, la búsqueda de una galactorrea y de signos de hiperandrogenismo. Las determinaciones hormonales necesarias de entrada para orientar el diagnóstico etiológico son la gonadotropina coriónica humana, la hormona foliculoestimulante (FSH), la hormona luteinizante (LH), el estradiol, la prolactina y la testosterona si existen signos clínicos de hiperandrogenia. Las pruebas complementarias se guían por estas determinaciones hormonales de entrada. Las causas más frecuentes son el síndrome del ovario poliquístico, la hiperprolactinemia y la amenorrea hipotalámica. Ante un déficit gonadótropo (estradiol bajo, FSH y LH no elevadas sea cual sea la concentración de prolactina), debe realizarse una prueba de imagen para no pasar por alto una enfermedad tumoral o infiltrativa de la región hipotálamo-hipofisaria antes de considerar una etiología nutricional. Cualquier insuficiencia ovárica (estradiol bajo, FSH elevada) requiere la realización de un cariotipo en busca de un síndrome de Turner o de un mosaico Turner. La ecografía pélvica ocupa un lugar importante, al lado de las determinaciones hormonales, para el diagnóstico del síndrome del ovario poliquístico, muy frecuente. Es necesaria una sustitución hormonal hasta la edad fisiológica de la menopausia en caso de carencia estrogénica.

© 2015 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Amenorrea; Ciclo menstrual; Hipogonadismo; Insuficiencia ovárica; Síndrome del ovario poliquístico; Hiperprolactinemia

Plan

■ Introducción	1
■ Conducta diagnóstica	2
Amenorrea primaria	2
Amenorrea secundaria	2
Objetivo de las determinaciones hormonales de entrada	2
■ Etiología de la amenorrea	2
Amenorrea con carencia estrogénica secundaria a un déficit gonadótropo	2
Amenorrea por anovulación crónica	6
Amenorrea por insuficiencia ovárica	7
Amenorrea por anomalía uterina	7
■ Tratamiento	7
■ Conclusión	8

■ Introducción

La amenorrea constituye uno de los principales motivos de consulta en medicina de la reproducción, en endocrinología y en ginecología. Se define por la ausencia de ciclo menstrual en la niña después de los 15 años de edad, con o sin desarrollo puberal (amenorrea primaria) o por una interrupción en una mujer con menstruación previa (amenorrea secundaria). La distinción clásica entre amenorrea primaria y secundaria es artificial, puesto que sus causas se superponen; señala simplemente que la primera se debe sobre todo a causas cromosómicas y/o genéticas.

La ausencia de menstruación es fisiológica durante el embarazo, la lactancia y la menopausia. Aparte de estos períodos, la existencia de ciclos menstruales regulares demuestra el buen funcionamiento de la mecánica ovulatoria y la integridad del órgano diana uterino. Cualquier interrupción del ciclo de más de 1 mes, incluso después de una detención de la anticoncepción hormonal,



es anormal y justifica un estudio etiológico. La existencia de una amenorrea demuestra una afectación del eje hipotálamo-hipófisis-ovario o una anomalía anatómica del tracto reproductor.

Por lo tanto, nunca resulta legítimo un tratamiento con estroprogestágenos sin exploración previa. En un primer tiempo, debe buscarse la etiología para poder tratarla o, en caso de déficit, iniciar una sustitución de la insuficiencia hormonal. La amenorrea puede ir precedida de irregularidades menstruales (oligoespaniomenorrea), cuyo valor semiológico es similar.

■ Conducta diagnóstica

Amenorrea primaria

Anamnesis

Ante una amenorrea primaria, la probabilidad de una causa genética es importante. Por lo tanto, es conveniente buscar la existencia, en la familia, de otros individuos afectados por un hipogonadismo. La anamnesis permite también buscar una carencia nutricional, relacionada o no con una enfermedad crónica.

Exploración física

Precisa el desarrollo puberal. La presencia de un desarrollo mamario es el primer signo de desarrollo puberal. Permite anticipar la existencia de una secreción de estradiol. El plazo entre el inicio del desarrollo mamario y la primera menstruación es de una media de 3 años. Un plazo superior requiere un estudio etiológico. En este estadio del diagnóstico, es necesario buscar una anosmia, cuya presencia conforma el síndrome de Kallmann. Una estatura baja y un síndrome malformativo sugieren un síndrome de Turner.

La exploración tiene como objetivo visualizar el tamaño de las mamas y la pilosidad axilar y púbica. Sin embargo, la pilosidad púbica es un signo de adrenarquia y no de pubertad. La palpación abdominal puede poner en evidencia una masa pélvica, sugestiva de un hematocolpos, relacionado con una falta de perforación del himen. Puede ser útil evaluar el trofismo de la vagina y el cuello. La exploración debe completarse con una ecografía pélvica de buena calidad que precise el tamaño y la posición de las gónadas, así como la existencia de derivados müllerianos. La ausencia de útero debe hacer sospechar una anomalía anatómica, como el síndrome de Rokitansky o un síndrome de resistencia a los andrógenos.

La existencia de una ambigüedad de los órganos genitales externos con una masculinización puede conocerse desde el nacimiento o la infancia. Permite sospechar una disgenesia gonadal o una hiperplasia congénita de las glándulas suprarrenales.

Ante una amenorrea primaria en una adolescente que, por otra parte, presenta un desarrollo puberal, el diagnóstico, después de haber comprobado la ausencia de embarazo y una agenesia uterina, es una amenorrea secundaria. En ausencia de desarrollo puberal, los diagnósticos posibles son un retraso puberal simple o una etiología de hipoestrogenia.

Amenorrea secundaria

Siempre debe descartarse un embarazo, aunque la amenorrea date de varios meses. En este sentido, la paciente ha podido presentar un ciclo ovulatorio después de unos meses de anovulación. La amenorrea secundaria suele ser el resultado de una enfermedad adquirida. Sin embargo, siempre es posible una anomalía genética, sobre todo si la amenorrea ha estado precedida de una anovulación crónica desde la pubertad, a veces, lamentablemente, enmascarada por un tratamiento con estroprogestágenos administrado «para regularizar las reglas».

Anamnesis

La anamnesis busca causas evidentes, como una relación sexual potencialmente fecundante, el consumo de ciertos medicamentos (tratamientos que aumentan la prolactina o antecedentes

de radioterapia, quimioterapia o un tratamiento continuo con progestágenos), una enfermedad endocrina o crónica capaz de repercutir sobre el eje gonadotrópico o el funcionamiento ovárico. Es necesario valorar el estado de nutrición y el balance energético. La historia ginecológica y obstétrica es útil para datar la antigüedad de los trastornos. La existencia de oleadas de calor permite sospechar una insuficiencia ovárica, pero este signo no es constante. En caso de dolor pélvico crónico, conviene orientarse hacia una causa uterina, sobre todo cuando existe un antecedente de traumatismo endouterino (raspado, interrupción voluntaria del embarazo).

Valoración clínica

Ante cualquier amenorrea, es necesario medir el peso y la talla con establecimiento del índice de masa corporal (IMC) (peso/talla²) para descartar una carencia nutricional relativa. El IMC normal se sitúa entre 19 y 25. Debe buscarse una posible pérdida de peso. Los signos de hiperandrogenia (seborrea, acné, hirsutismo) pueden acompañar a la amenorrea. Orientan hacia ciertas causas, en especial el síndrome del ovario poliquístico (SOPQ) o una hiperplasia congénita de las suprarrenales, a menudo por déficit de 21-hidroxilasa. Debe buscarse una galactorrea, pero, en la práctica, este signo clínico tiene una sensibilidad y una especificidad mediocres para reconocer un trastorno de la prolactina.

La prueba de los progestágenos tiene como objetivo valorar la secreción ovárica de estradiol de una mujer con amenorrea. Consiste en la administración de un progestágeno durante 10 días: la prueba se considera «positiva» si aparece la menstruación en los 8 días siguientes a la detención del progestágeno. Esta prueba, que informa sobre la impregnación del endometrio por los estrógenos, es, en cambio, negativa cuando la carencia estrogénica es grave, independientemente de su causa. Los signos de carencia estrogénica están presentes cuando la afectación gonadotrópica u ovárica es importante.

El examen ginecológico es útil para valorar el estado de las mucosas.

Objetivo de las determinaciones hormonales de entrada (Fig. 1)

Son las siguientes.

- Gonadotropina coriónica humana (hCG), para descartar un embarazo desapercibido.
- Prolactina, para buscar una hiperprolactinemia.
- Estradiol, hormona foliculoestimulante (FSH) y hormona luteinizante (LH), para buscar un déficit gonadotrópico (estradiol bajo, concentración de FSH y LH baja o normal, anormalmente no elevada con respecto al estradiol bajo) o una insuficiencia ovárica (estradiol bajo, concentración elevada de FSH).
- Testosterona total, Δ 4-androstenodiona y 17-hidroxiprogesterona (17-OH progesterona si existen signos clínicos de hiperandrogenia), para buscar un SOPQ (testosterona y Δ 4-androstenodiona aumentadas o normales, estradiol detectable, LH aumentada o normal) y descartar un bloqueo enzimático de la 21-hidroxilasa (17-OH progesterona aumentada).

■ Etiología de la amenorrea (Fig. 2)

Amenorrea con carencia estrogénica secundaria a un déficit gonadotrópico

El déficit gonadotrópico o hipogonadismo hipogonadotrópico se caracteriza por una alteración de la secreción de gonadotropinas. Se asocia con frecuencia a otros déficits hipofisarios causados por lesiones de la región hipotálamo-hipofisaria, razón por la cual la realización de una resonancia magnética (RM) es indispensable para buscar un posible proceso tumoral o infiltrativo. No obstante, las causas congénitas, adquiridas y funcionales pueden asociarse a

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3465311>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3465311>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)