

# Amenorrea de la adolescente

L. Duranteau

La amenorrea es un motivo frecuente de consulta y justifica una búsqueda etiológica, ya que puede ser el signo de una afección genética o ser secundario a una enfermedad grave que puede alterar el pronóstico de fertilidad. El diagnóstico está orientado por la existencia de un desarrollo mamario y el nivel de gonadotropinas. La ausencia de desarrollo puberal asociada a niveles bajos de hormona luteinizante y hormona foliculoestimulante orienta hacia un hipogonadismo hipogonadótropo genético y/o secundario a una afección hipotálamohipofisaria: proceso tumoral, en ocasiones con otros déficit hipofisarios asociados, causa iatrogénica. La amenorrea hipotalámica funcional es, sin embargo, la causa más frecuente en este cuadro: es secundaria a una alteración del comportamiento alimentario (anorexia), ejercicio intensivo o a una enfermedad sistémica. Los niveles elevados de gonadotropinas obligan a descartar un síndrome de Turner o una insuficiencia ovárica prematura por otra causa, pero la búsqueda etiológica y genética suele ser negativa. La otra causa frecuente de amenorrea en la adolescente es el síndrome de los ovarios poliquísticos, fácil de sospechar cuando existen una hiperandrogenia clínica y biológica, y pruebas de imagen ováricas características. Debe descartarse la hiperplasia congénita de las suprarrenales, en particular la forma de aparición tardía, que se acompaña igualmente de una hiperandrogenia; las causas tumorales de hiperandrogenia son más raras. El síndrome de Mayer-von Rokitansky-Küster-Hauser y la forma completa de insensibilidad a los andrógenos se detectan con frecuencia por la ausencia de útero. El tratamiento suele, ante la imposibilidad de tratar la causa, basarse en una sustitución hormonal. Debe ofrecerse una información apropiada relativa a la fertilidad. Así mismo, es deseable el consejo genético de las familias para determinadas afecciones (síndrome de Kallmann, síndrome del X frágil, síndrome de insensibilidad a los andrógenos).

© 2011 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

**Palabras Clave:** Pubertad; Hipogonadismo hipogonadótropo congénito; Tumor hipofisario; Amenorrea funcional hipotalámica; Insuficiencia ovárica prematura; Síndrome de Turner; Síndrome de los ovarios poliquísticos

## Plan

■ <b>Introducción</b>	1
■ <b>Definición</b>	2
■ <b>Procedimiento diagnóstico</b>	2
Clínica	2
Pruebas complementarias que deben realizarse de entrada	2
■ <b>Amenorrea secundaria a una insuficiencia gonadótropa</b>	3
Hipogonadismos hipogonadótropos congénitos	3
Hipogonadismos hipogonadótropos adquiridos	5
■ <b>Insuficiencias ováricas prematuras (amenorrea con gonadotropinas elevadas)</b>	7
Síndrome de Turner	7
Otras causas genéticas ligadas a X	7
Causas genéticas no ligadas al X (autosómicas)	8
Causas	8
Causas postterapéuticas	8
■ <b>Amenorrea con hiperandrogenia</b>	9
Síndrome de los ovarios poliquísticos	9
Hiperplasia suprarrenal congénita	9
Hiperandrogenia de causa tumoral	9

■ <b>Amenorrea con anomalía de la diferenciación sexual</b>	10
Forma completa de insensibilidad a los andrógenos	10
Disgenesias XY	10
■ <b>Amenorrea con malformación uterovaginal</b>	10
Síndrome de Mayer-von Rokitansky-Küster-Hauser	10
Otras malformaciones uterovaginales	10
■ <b>Principios terapéuticos y tratamiento</b>	10

## ■ Introducción

La amenorrea es un motivo frecuente de consulta y justifica una búsqueda etiológica clínica y la realización de pruebas complementarias con el objetivo de establecer un diagnóstico preciso y conservar la fertilidad. No se tienen en cuenta algunas situaciones patológicas antes de iniciar un tratamiento hormonal, lo que supone un retraso diagnóstico perjudicial en el momento de plantear el tema de la fertilidad. En este artículo se excluyen las amenorreas ligadas al embarazo, que se descartan de entrada en función del contexto clínico, y las de la lactancia y la menopausia.

## ■ Definición

Las amenorreas se definen clásicamente como la ausencia de ciclo menstrual en la niña a partir de los 15 años de edad. Una amenorrea primaria puede asociarse a un desarrollo puberal ausente o normal; el signo del inicio de la pubertad en la niña es el desarrollo mamario. La ausencia de desarrollo mamario a los 13 años es un motivo lícito para investigar un hipogonadismo. La menarquía aparece clásicamente 2 años después de los signos de desarrollo mamario; el 50% de los ciclos son anovulatorios durante el primer año. A continuación, durante 2 años, el 95% de los ciclos presentarán un período intermenstrual de 21-45 días. Las causas de amenorreas primarias y secundarias de la adolescente se entremezclan, pero la probabilidad de una causa genética o uterina es mayor en caso de amenorrea primaria. La amenorrea secundaria es la interrupción de los ciclos menstruales en una joven que previamente tenía sus reglas. Casi siempre es el resultado de una enfermedad adquirida. La existencia de irregularidades menstruales (como la espaniomenorrea o menos de ocho ciclos al año) debe conducir a realizar las mismas investigaciones complementarias. Las causas más frecuentes de amenorrea en la adolescente son las amenorreas hipotalámicas funcionales y las amenorreas ligadas a un síndrome de ovarios poliquísticos [1]. En la práctica, es necesario realizar un mínimo de pruebas para eliminar las causas raras de amenorrea que, además, ensombrecen el pronóstico de fertilidad.

### “ Punto importante

#### Indicaciones clínicas para valorar una amenorrea en la adolescente

- Ausencia de menarquía a los 15 años
- Ausencia de menarquía a los 13 años y ausencia de desarrollo puberal
- Ausencia de menarquía a los 14 años y signos clínicos sugestivos:
  - trastorno del comportamiento alimentario
  - signos clínicos de hiperandrogenia
  - dolores pélvicos periódicos

## ■ Procedimiento diagnóstico

### Clínica

Ante una amenorrea primaria, es importante tener en cuenta la probabilidad de una causa genética, por lo que conviene investigar en la familia la existencia de otras personas con hipogonadismo o infertilidad inexplicada. La anamnesis y la exploración física ofrecen elementos fundamentales de orientación diagnóstica como son:

- en los antecedentes familiares: casos de retraso puberal, de amenorrea, de infertilidad o de anosmia;
- en los antecedentes personales: una enfermedad crónica o tratamientos específicos, como radioterapia, quimioterapia o un tratamiento inmunosupresor;
- en la exploración física:
  - valoración del estado puberal: desarrollo mamario, vello púbico y/o sexual (no hay que olvidar que el vello púbico depende también de los andrógenos suprarrenales y puede existir en un déficit gonadótropo); valoración del crecimiento para buscar la ausencia de aceleración de la velocidad de crecimiento o un desplazamiento de la curva de crecimiento;
  - algunos signos orientan hacia una determinada etiología: una dismorfia, sobre todo si se asocia a una estatura baja, sugestiva de un síndrome de Turner, una anosmia o hiposmia;

- valoración del estado nutricional, para buscar alteraciones digestivas;
- se recomienda la exploración de los órganos genitales externos, ya que aporta elementos clínicos complementarios: la anatomía de la vulva (labios, vestíbulo, orificio vaginal) y del clítoris, búsqueda de secreciones vaginales o de hemorragia genital; la existencia de una anomalía de los órganos genitales externos puede indicar una hiperplasia congénita de las suprarrenales, una disgenesia gonadal, una anomalía de la biosíntesis o de la sensibilidad a los andrógenos; el trofismo vaginal es más difícil de valorar (en adolescentes mayores, se puede realizar un frotis vaginal externo con la ayuda de una torunda para valorar la impregnación estrogénica). Con el tacto rectal se puede palpar el hematocolpos, que desencadena dolor.

Ante una amenorrea secundaria, algunos signos pueden ser discriminativos:

- estado nutricional: se confirma la insuficiencia ponderal con un índice de masa corporal (IMC) (peso/estatura<sup>2</sup>) inferior a 17;
- perfil de los ciclos menstruales: amenorrea o espaniomenorrea (menos de ocho ciclos al año);
- galactorrea;
- signos de hiperandrogenia: acné, hirsutismo, alopecia o signos de virilización como una hipertrofia del clítoris;
- es necesario realizar una exploración ginecológica mínima para valorar el trofismo de las mucosas;
- la prueba de los progestágenos (tratamiento progestágeno durante 10 días, casi siempre con 200 mg de progesterona micronizada o 20 mg de didrogesterona al día) completa esta valoración y, si es positiva, demuestra una impregnación estrogénica del endometrio.

### Pruebas complementarias que deben realizarse de entrada

Las pruebas complementarias que deben realizarse dependen del estado puberal cuando se trata de una amenorrea primaria, de la existencia de una enfermedad crónica y/o de un tratamiento y de los signos clínicos asociados. Las exploraciones endocrinológicas deben limitarse a:

- la determinación sistemática de prolactina y tirotropina (TSH);
- la determinación de las gonadotropinas *hormona luteinizante* (LH) y *hormona foliculoestimulante* (FSH), que permite discriminar entre el origen hipotalamohipofisario de la amenorrea y una insuficiencia ovárica primaria.

### Hormona foliculoestimulante y hormona luteinizante

Van a concretar casi siempre el origen de la causa. La determinación de esteroides sexuales (estradiol y testosterona) no presenta gran interés diagnóstico, ya que su bajo valor no hace más que confirmar el déficit ovárico; la determinación de estradiol puede resultar interesante para valorar el grado de hipoestrogenia. La prueba de estimulación de la hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH) no suele ser determinante, ya que la respuesta es baja pero puede ser normal en un hipogonadismo hipogonadótropo.

### Cariotipo

Es necesario realizarlo cuando las gonadotropinas están elevadas, aun en ausencia de retraso estatural o de signos dismórficos, para confirmar o descartar un diagnóstico de síndrome de Turner o un mosaicismo; confirma un síndrome de insensibilidad a los andrógenos ante una amenorrea primaria con desarrollo normal de las mamas o una sospecha de disgenesia gonadal.

### Pruebas de imagen

La ecografía uterina u ovárica confirma la presencia de útero, valora su morfología y su tamaño, así como la morfología y el

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4131980>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4131980>

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