



AMENORREA PRIMARIA Y SECUNDARIA

Revisión de tema en Ginecología y Obstetricia
Equipo de Trabajo Nasajpg of medicine

DEFINICIÓN

Es la falta temporal o permanente de menstruaciones espontáneas durante la edad fértil.

CLASIFICACIÓN

La amenorrea se clasifica en primaria y secundaria, que dependen de su momento de aparición en relación con la menarca.

La **primaria** es la falta de la menstruación después de cumplidos los 16 años de edad si la mujer tiene caracteres sexuales secundarios, o a los 14 años si no hay presencia de éstos.

La **secundaria** es la falta de la menstruación por más de tres ciclos consecutivos en una mujer que anteriormente presentaba ciclos menstruales normales, o por más de 6 meses en una mujer que Presentaba episodios de oligomenorrea,

excluyendo factores fisiológicos de amenorrea tales como:

- Embarazo
- Prepubertad
- Lactancia materna
- Menopausia

ETIOLOGIA

Es importante anotar que algunas de las causas de amenorrea primaria también lo pueden ser de la secundaria pues son causas adquiridas, por lo cual el tipo de amenorrea que se produzca depende de la edad a la cual se padece dicho trastorno etiológico.

Amenorrea Primaria

Para facilitar su estudio, la etiología se divide en causas genéticas, anatómicas y endocrinas.

Genéticas: Se debe a alteraciones enzimáticas, cromosómicas o de receptores. Un ejemplo claro son las alteraciones en la síntesis de andrógenos, el síndrome de Turner, los



mosaicismos, la disgenesia gonadal, entre otras.

Anatómica: cuando la causa está localizada en el órgano efector, ya sea el útero o el endometrio, o en las vías de drenaje como la vagina y la vulva. Como ocurre en el síndrome de Rokitansky, imperforación del himen y la presencia de tabique vaginal transversal.

Endocrina: se debe a una alteración funcional y orgánica en el eje hipotálamohipófisis- ovario. Esta clasificación se basa en la secreción de gonadotropinas en hipergonadotrópa (como sucede en las anomalías genéticas, en la insuficiencia ovárica por causas físicas, metabólicas o autoinmunes), hipogonadotrópa (en el síndrome de Kallmann, en algunos tumores del SNC como el prolactinoma, estrés, anorexia, obesidad, ejercicio físico extremo) o normogonadotrópa (en las alteraciones anatómicas).

Amenorrea Secundaria

La clasificación de las amenorreas secundarias según la OMS es la siguiente, la cual engloba todas las causas de la misma.

I. FALLA HIPOTÁLAMO HIPOFISARIA SIN TUMOR

- Síndrome de Sheehan
- Cirugía hipotálamo hipofisaria
- Rayos X de hipotálamo e hipófisis

II.DISFUNCIÓN HIPOTÁLAMO HIPOFISARIA CON PROLACTINA NORMAL

A. OVARIO ANDROGÉNICO

- Disfuncional
- Hiperplasia suprarrenal del adulto
- Obesidad
- Estados de alarma

B. FACTORES EXTRÍNSECOS

- Amenorrea psicógena
- Anorexia nerviosa
- Pseudociosis
- Enfermedades endocrinas extraováricas: tiroideas, suprarrenales
- Enfermedades concomitantes
- Tumores funcionantes del ovario

C. FACTORES INTRÍNSECOS

- Trauma craneano
- Cirugía SNC
- Post-irradiación

III. FALLA OVÁRICA

A. CONGÉNITA

- Disgenesia gonadal (Mosaicismo)
- Ovario refractario

B. ADQUIRIDA

- Enfermedad autoinmune
- Postquimioterapia
- Postirradiación
- Postinfección
- Tóxicos (tabaquismo)
- Postoperatoria



IV. ALTERACIÓN ADQUIRIDA DE ÚTERO Y VAGINA

A. SINEQUIAS INTRAUTERINAS

- Postinfección, postcuretaje en postaborto o en abortos
- Postmiomectomía, postcesárea
- Endometritis tuberculosa

B. HISTERECTOMÍA

C. IRRADIACIÓN

V. HIPERPROLACTINEMIA CON TUMOR

A. PROLACTINOMA

VI. HIPERPROLACTINEMIA SIN TUMOR

A. INHIBICIÓN DE LA ACTIVIDAD DE LA DOPAMINA

- Inducida por drogas
- Enfermedad del SNC

B. INHIBICIÓN DEL TRANSPORTE DE LA DOPAMINA

C. HIPERPLASIA DE LOS LACTÓTROPOS

- Hipotiroidismo
- Drogas (estrógenos)

D. ESTIMULACIÓN NEURAL

- Cicatrices torácicas
- DIU

VII. TUMOR HIPOTALAMOHIPOFISARIO CON PROLACTINA NORMAL

A. Tumores Vasculares

B. Granulomas

DIAGNÓSTICO

Amenorrea Primaria

El estudio de la paciente amenorreica se inicia cuando los parámetros de crecimiento y desarrollo están por debajo del percentil 25 o 2 desviaciones estándar por debajo de la media, es innecesario esperar a que la paciente cumpla los 16 años para empezar a estudiarla, para evitar esto, nos podemos guiar por las siguientes circunstancias:

1. Ausencia de la iniciación de los caracteres sexuales secundarios a los 14 años.

2. Desarrollo sexual incompleto o retardado a los 15 años.

3. Ausencia de la menarca a los 16 años.

Se cuenta con varios métodos para diagnosticar etiológicamente a una paciente con amenorrea primaria, hay métodos terapéuticos, invasivos y la evaluación clínica complementada con exámenes de laboratorio.

Amenorrea Secundaria

Se han propuesto diversos esquemas para estos casos con el fin de identificarlas en el menor tiempo posible, como son el esquema terapéutico y con biopsia de endometrio.



TRATAMIENTO

Amenorrea Primaria

Los objetivos del tratamiento de la amenorrea primaria son:

- Corregir la patología de base.
- Desarrollar los caracteres sexuales secundarios en los pacientes con infantilismo sexuales.
- Lograr una talla adecuada.
- Establecer los ciclos menstruales y la ovulación en los casos que la paciente lo desee.
- Proporcionar asesoría psicológica en los casos necesarios.

Tratamiento Quirúrgico

Antes de iniciar cualquier tratamiento médico se debe corregir la patología orgánica asociada.

- Indiferenciación sexual:

Clitoridectomía y corrección del seno urogenital.

- Disgenesia gonadal XY:

Gonadectomía precoz.

- Insensibilidad androgenita:

Orquidectomía.

- Síndrome de Rokitansky:

Creación de una neovagina.

Tratamiento Médico

Existen varios esquemas de tratamiento, la escogencia del que se va a utilizar depende del desarrollo de los caracteres sexuales secundarios de cada paciente y de su talla.

Terapia de sustitución:

La realizamos en pacientes con infantilismo sexual y talla baja. Consiste en la administración de estrógenos a dosis bajas y en forma continua sin interrupción simulando una secreción tónica, se prescribe entonces valerato de estradiol 1 mg o estrógenos naturales conjugados

0.625 mg/dl, esto con la intención de que se desarrollen los caracteres sexuales secundarios sin acelerar los focos de osificación para que haya tanto un desarrollo mamario hasta alcanzar un Tanner III o IV y un crecimiento acelerado durante 2 a 3 años hasta que alcance la talla definitiva; cuando se alcanzan estos parámetros, se cambia la terapia continua a una cíclica a base de estrógenos en dosis proliferativas con valerato de estradiol 2 mg o estrógenos naturales conjugados 1.25 mg/día por tiempo indefinido, los últimos 14 días del ciclo se agrega un progestágeno como el acetato de medroxipogesterona 10 mg/día.

Terapia sintomática

Se realiza en pacientes con buen desarrollo de caracteres sexuales secundarios, con buen influjo estrogénico y no desean embarazo. Consiste en la prescripción de acetato de medroxipogesterona 10 mg/día del día 11 al 25 del ciclo, con esto se logra regularizar el ciclo menstrual, evitar la aparición de meno y metrorragias y de cambios malignos en el endometrio. Si



existe además hirsutismo y/o acné se trata con anticonceptivos orales como el acetato de ciproterona, o con espironolactona.

Terapia etiológica

Consiste en tratar la patología orgánica de base, por ende la terapia que se utilizará depende de cuál es la causa, así en el intento por corregir el defecto primario se puede resear los craneofaringiomas a través de un acceso transesfenoidal o de craneotomía según el tamaño del tumor con ayuda de radioterapia.

En la hiperplasia suprarrenal es necesario el uso de corticoides. En los casos de germinomas su tratamiento se basa en la radiación ionizante, en el prolactinoma e hiperprolactinemia puede ser opcional el tratamiento con bromocriptina. En algunos casos es necesario la creación de un grupo interdisciplinario compuesto por nutricionista, psiquiatra, oncólogos y ginecólogo para el tratamiento de la malnutrición, malabsorción, anorexia nerviosa, amenorrea de ejercicio físico, neoplasias y enfermedades crónicas en caso de que existieran.

Amenorrea Secundaria

Falla hipotálamo hipofisaria: De estos trastornos el más común es el trastorno de Sheehan, su tratamiento consiste en la sustitución hormonal inicialmente con estrógenos y progestágenos y luego se irán

agregando hormonas tiroideas estrógenos y progestágenos cuando se necesario. Si la paciente desea tener hijos es necesario estimular directamente el ovario con gonadotropina aunque en algunos casos no es necesario.

Disfunción Hipotálamo – hipofisaria con prolactina normal: si la paciente desea el embarazo es necesario la ovulación con citrato de clomifeno con dosis de 50 mg desde el segundo al quinto día del ciclo y durante 5 días. Si no se presenta la ovulación se aumenta a 100 o 150 mg, si aun así no se obtienen resultados se utiliza la gonadotropina menopáusica humana. Para regularizar los ciclos menstruales se utiliza la medroxiprogesterona 10 mg al día del 21 al 25 día del ciclo o también 5 mg al día del 16 al 25. Este tratamiento previene la hiperplasia endometrial y la hemorragia uterina disfuncionales. En caso de anorexia nerviosa su manejo será interdisciplinario e incluirá: psiquiatra, ginecólogo, nutricionista y trabajadora social. En caso de pseudociesis el solo hecho de demostrar que no se está embarazada las explicaciones del problema y el estudio de su infertilidad si es que existe la paciente reinicia nuevamente su ciclo. Si la amenorrea es secundaria a otra patología sistémica el tratamiento de la enfermedad de base desaparece la amenorrea.



Falla Ovárica: su tratamiento debe corregir las complicaciones del hipoestrogenismo a largo plazo con la osteoporosis y la enfermedad vascular, se recomienda dosis proliferativas de estrógenos y progestágenos en la segunda fase para contrarrestar los efectos de los estrógenos sobre la mama y el endometrio y evitar un cáncer en este último.

BIBLIOGRAFIA

BOTERO, Jaime. Obstetricia y Ginecología. Carvajal S.A. Medellín, Colombia 6ª Edición.

SCHWARCZ, Ricardo. Obstetricia 5ª edición. El Ateneo, Buenos Aires 2002.

WILLIAMS. Obstetricia. 21ª edición. Salvat 2004