

AMENORREA SECUNDARIA



Dra. Ma. Susana Apablaza H.
Gineco-Obstetra
Ginecóloga Infanto-Juvenil
Unidad Adolescencia Clínica Alemana Temuco

- **Definición:** Ausencia de menstruación en una mujer que ya ha menstruado por un período de 3 meses en ausencia de embarazo.
- **Frecuencia:** 3-5% población general, hasta 80-100% en atletas alta competencia-stress.
- Más frecuente que amenorrea primaria.
- Frecuencia normal del ciclo menstrual en mujer adulta: 21-35/24-38 (percentil 5-95).
- En adolescentes durante los primeros años post menarquia: 21-45 días (percentil 95: 3 meses).

Oligo-anovulación:

- Primeros 2 años: 55-82% ciclos anovulatorios.
- 3 años: 50%
- 5 años: 10-20%
- Intervalo entre menarquia y períodos regulares: 14 meses

Clasificación

- Amenorrea normogonadotrófica
- Hipogonadismo hipogonadotrófico
- Hipogonadismo hipergonadotrófico

OMS

- I. No hay evidencia de producción de estrógenos endógenos. FSH normal o baja. Prolactina normal. Sin lesión hipotalámica-hipofisiaria.
- II. Evidencia de producción de estrógenos. FSH y prolactina normales.
- III. FSH elevada.

Causas

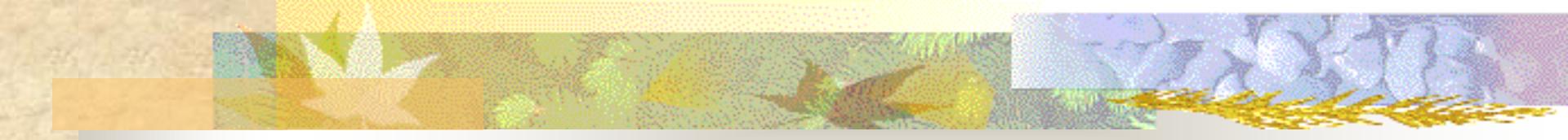
- **Hiperprolactinemia.**
- **Amenorrea normogonadotrófica:**
 - Anovulación hiperandrogénica
 - SOP
 - Enfermedad tiroídea
 - Andrógenos exógenos
 - Obstrucción del tracto de salida:
 - Síndrome Ashermann
 - Estenosis cervical

■ Hipogonadismo hipogonadotrófico:

- Amenorrea hipotalámica:
 - Enfermedad crónica
 - Anorexia nerviosa
 - Bulimia
 - Ejercicio excesivo
 - Excesiva pérdida de peso / malnutrición
 - Radiación craneal
 - Tumor del SNC
 - Destrucción hipotálamo / hipófisis
 - Síndrome Sheehan

■ Hipogonadismo hipergonadotrófico:

- Falla ovárica prematura:
 - Autoinmune
 - Genética
 - Quimioterapia
 - Radiación pélvica
- Falla ovárica postmenopáusica
- Disgenesia gonadal
 - Síndrome Turner
- Cariotipo en mujer menor de 30 años



■ Causas más frecuentes:

- Amenorrea hipotalámica
- SOP
- Falla ovárica
- Hiperprolactinemia

Frecuencia (%)

- FSH normal o baja 66%
 - Anorexia/ baja de peso
 - Hipotalámico no específico
 - Anovulación crónica
 - SOP
 - Hipotiroidismo
 - Sd. Cushing
 - Tumor hipofisiario, silla turca vacía, Sd. Sheehan

- FSH alta: falla gonadal 12%
 - 46 XX
 - Cariotipo anormal
- Prolactina alta 13%
- Anatómicos 7%
 - Sd. Ashermann
- Estados hiperandrogénicos 2%
 - Tumor ovárico
 - HSRC no clásica
 - Sin diagnóstico

Evaluación

1. Historia y examen físico
2. Descartar embarazo
3. FSH y Prolactina

FSH baja o normal

Anovulación crónica

SOP

Amenorrea Hipotalámica Funcional

Prolactina alta

Evaluación Rx.

FSH alta

Falla ovárica

FSH normal

Defecto anatómico

Amenorrea Hipotalámica

- Frecuencia adolescentes: 2.6-8.5%
- Principalmente relacionada a stress (metabólico, físico, psicológico) afectando el control neuroendocrino del eje reproductivo.

Causas:

- Excesiva pérdida de peso, ejercicio, stress

Amenorrea Hipotalámica

- Forma más prevalente: desórdenes de alimentación.
- Mujer que realiza deporte de alta competencia tiene 3 veces más riesgo de amenorrea primaria o secundaria, y es más prevalente entre corredoras de larga distancia.
- Infrecuentemente disfunción hipotalámica ocurre antes de la menarquia y se presenta como amenorrea primaria en aproximadamente 3% de las adolescentes.
- Alteración en la biosíntesis o liberación de GnRh.

Amenorrea Hipotalámica

- Mecanismo desconocido.
- Leptina: podría tener asociación con pérdida de peso, amenorrea y osteoporosis.
- Gonadotrofinas normales o bajas.

Amenorrea Hipotalámica

- Estradiol: bajo.
- Test de gestágenos negativo.

Falsos (+) : sobre 20% de mujeres con oligoamenorrea o amenorrea con niveles estrogénicos normales no sangran.

Falsos (-): sangrado ocurre sobre 40% en mujeres con amenorrea debido a stress, pérdida de peso, ejercicio, o hiperprolactinemia, y sobre 50% en falla ovárica.

Amenorrea Hipotalámica

- Test E+P (+)
- Silla turca normal: raramente patología orgánica local (tumoral, vascular) que sólo ocasione amenorrea. Limitado a pacientes en quienes no se ha detectado causa funcional.
- Generalmente diagnóstico de exclusión y la mayoría de origen funcional.

Amenorrea Hipotalámica

- Tratamiento: depende de la etiología.
- Objetivo: Restauración de los ciclos anovulatorios y prevención de las consecuencias a corto y largo plazo (osteoporosis, hiperplasia endometrial, enfermedad cardiaca, infertilidad).

Amenorrea Hipotalámica

- Terapia hormonal: Limitados beneficios porque no promueven la recuperación del eje HHO. En general pareciera que el uso de ACO puede prevenir adicional pérdida ósea, pero no apreciablemente revertirla . Ninguna terapia ha sido significativamente útil para incrementar la masa ósea.
- La densidad mineral ósea ha sido (+) correlacionada al peso corporal y actividad física, y (-) con amenorrea , baja de peso y desórdenes de alimentación.
- Estrógenos importantes para mantener la masa ósea: remodelación, resorción y formación ósea.

Amenorrea Hipotalámica

- Amenorrea y deficiencia estrogénica conduce a rápida pérdida de masa ósea, particularmente hueso trabecular (columna). Sobre 50% de pacientes anorécticas tiene osteoporosis.
- Si la causa no es fácilmente tratable se debería iniciar tratamiento hormonal para prevenir excesiva pérdida ósea.
- Calcio- vitamina D.
- Citrato de clomifeno: amenorrea menor de 1 año.
- DIU T de C

Anorexia Nerviosa

- Amenorrea secundaria: multifactorial
- Factores psicológicos y problema nutricional contribuyen a la prolongada amenorrea.
- La mayor pérdida ósea resultado de deficiencia nutricional y anormalidad endocrina.
- Disminución en la formación ósea e incremento en la resorción ósea.
- Manejo multidisciplinario
- Más educación se requiere entre ginecólogos sobre la anorexia nerviosa, en orden de identificar y referir pacientes en estadios precoces de la enfermedad.

