

## **AMENORREA**

La amenorrea es un trastorno transitorio, intermitente o permanente, resultante de una disfunción a nivel del hipotálamo, hipófisis, ovarios, útero, vagina, tiroides, suprarrenales o por enfermedades sistémicas.

Toda mujer que cumpla los siguientes criterios debe ser evaluada por amenorrea:

1. Ausencia de menstruación a los 14 años con retraso del crecimiento o falta de desarrollo de los caracteres sexuales secundarios
2. Ausencia de menstruación a los 16 años
3. En una mujer que ya ha menstruado ausencia de menstruación durante al menos 3 meses o por un periodo de tiempo equivalente a 3 de sus intervalos intermenstruales habituales.

En todos los casos debe realizarse en primer lugar una prueba de embarazo. Las adolescentes con amenorrea primaria deben ser remitidas al Servicio de Ginecología para su estudio.

La amenorrea secundaria puede ser estudiada en Atención Primaria. Se realizará:

### **Anamnesis**

Se preguntará sobre pérdida o ganancia importante de peso, alteraciones psicológicas, ejercicio físico extenuante, existencia de galactorrea, síntomas de deficiencia de estrógenos (sofocos, sequedad vaginal, alteraciones del sueño, o disminución de la libido), consumo de fármacos hiperprolactinemizantes (Neurolépticos, fenotiacinas, antipsicóticos atípicos, butirofenonas, antidepresivos tricíclicos, inhibidores de la recaptación de serotonina, inhibidores de monoaminooxidasa, opiáceos, metoclopramida, domperidona, ranitidina, cimetidina, anticonceptivos orales, verapamilo, metildopa, sulpirida, benzodiacepinas, etc), aparición de manifestaciones de androgenización (acné, hirsutismo, seborrea), cefalea, diplopia, defectos del campo visual, fatiga, poliuria y polidipsia, intervenciones en aparato genital o SNC, tratamientos radio o quimioterápicos, alteraciones genéticas familiares, etc.

### **Exploración**

Debe incluir mediciones de altura y peso (un índice de masa corporal superior a 30 kg/m<sup>2</sup> se observa en aproximadamente el 50 por ciento de las mujeres con SOP y un IMC inferior a 18,5 kg/m<sup>2</sup> se relaciona con amenorrea hipotalámica funcional por trastornos de la conducta alimentaria, ejercicio vigoroso, o una enfermedad sistémica asociada con la pérdida de peso)

Se debe investigar la presencia de galactorrea (realizando compresión suave de ambas areolas mamarias), hirsutismo, acné, estrías y acantosis nigricans.

## **Pruebas de laboratorio**

Se solicitará **prolactina, TSH y T4 libre, FSH, LH y estradiol.**

Si hay evidencia clínica de hiperandrogenismo, se debe solicitar además **testosterona libre** (normal o moderadamente elevada en el SOP y >200 ng/dl en tumores virilizantes de ovario o de glándula suprarrenal), progesterona (>200 ng/dl en la hiperplasia suprarrenal congénita), 17-hidroxiprogesterona para descartar deficiencia de 21-hidroxilasa no clásica, y sulfato de dehidroepiandrosterona (DHEA-S) en busca de una fuente suprarrenal de andrógenos. Dependiendo del cuadro clínico, altos valores de andrógenos séricos pueden ser compatibles con el diagnóstico de Síndrome de Ovario Poliquístico o con un tumor secretor de andrógenos de la glándula suprarrenal o de ovario. Los tumores se asocian típicamente a un rápido inicio de los síntomas de virilización. Se recomienda descartar un tumor ovárico o suprarrenal si la concentración sérica de testosterona es mayor de 150 a 200 ng/dl o de DHEA-S mayor de 700 mcg /dl.

## **Prueba de provocación con progestágenos**

Se propondrá la realización de una prueba de progesterona (siempre tras la extracción sanguínea recomendada) que consiste en la administración de 1 comprimido diario de 10 mg de acetato de medroxiprogesterona durante 14 días. Esta prueba permite distinguir las mujeres cuyo eje hipotálamo-hipofisario-ovárico funciona produciendo estrógenos ováricos, aunque sin llegar a ovular y, por tanto, sin producción de progestágenos ni sangrado menstrual. El test se basa en la transformación secretora que induce el gestágeno que administramos siempre que el endometrio esté previamente proliferado por estrógenos endógenos y en la descamación por privación que experimenta este endometrio al suprimir el gestágeno.

El sangrado nos informa de que existe una integridad del eje hipotálamo hipofisario y revela un cuadro de anovulación.

La ausencia de sangrado señala un fallo completo y requiere completar el estudio.

## **Remisión a Consulta de Ginecología o Segunda visita en Atención Primaria**

Se remitirá a la consulta de ginecología o se citará para una segunda visita en el plazo de mes o mes y medio para disponer de los resultados analíticos y haber dado suficiente tiempo como para saber si, tras la prueba de progesterona, se ha producido o no sangrado.

## **Interpretación de los resultados**

### Hipotiroidismo primario

Es aconsejable medir el nivel de TSH a pesar de que pocas pacientes hipotiroideas presentan como único síntoma la amenorrea, debido a que el tratamiento es simple y proporciona resultados espectaculares.

Puede asociarse a hiperprolactinemia y a galactorrea ya que el aumento de TRH en el hipotálamo estimula la producción de PRL (los niveles de PRL asociados a hipotiroidismo suelen ser menores a 100 ng/ml).

### Hiperprolactinemia

Los niveles de prolactina pueden aumentar transitoriamente por estrés, alimentación, fármacos, etc.

Si los niveles son <100 ng/ml se recomienda solicitar una segunda determinación y considerar otras causas de elevación de la prolactina distintas al adenoma hipofisario.

Si los valores de prolactina son > 100 ng /ml se debe realizar una RM hipofisaria para evaluar la posibilidad de una lesión hipotalámica o hipofisaria, a menos que un hipotiroidismo subyacente, uso de drogas antipsicóticas, etc. puedan justificar la alteración .

### FSH elevada y estradiol bajo

La prueba de progesterona es negativa. Una alta concentración de FSH indica insuficiencia ovárica, es decir, menopausia, proceso normal entre los 45 y 55 años, causado por el agotamiento de los folículos ováricos o insuficiencia ovárica prematura cuando el cese de la ovulación se produce antes de los 40 años.

Se remitirán los casos de insuficiencia ovárica precoz a la consulta de ginecología para completar el estudio y ofrecer tratamiento hormonal sustitutivo.

### FSH normal o baja con estradiol bajo

La prueba de progesterona generalmente es negativa. Indica hipogonadismo hipogonadotrópico.

La causa más frecuente es una amenorrea hipotalámica funcional por estrés psicológico, depresión, anorexia, etc. Puede ser necesario un tratamiento estrogénico además del etiológico para evitar el desarrollo de osteoporosis.

Debe realizarse una RM de la región de la silla turca cuando no existe una causa que explique el hipogonadismo hipogonadotrópico o hay síntomas como defectos del campo visual, cefalea u otros signos de disfunción del eje hipotálamo-hipofisario.

### FSH normal con estradiol normal

La prueba de progesterona es positiva. Se trata de una disfunción ovulatoria. La causa más común es el síndrome de ovario poliquístico o el hiperandrogenismo.

El tratamiento no farmacológico del SOP comprende dieta y ejercicio físico. La pérdida de peso y la práctica de ejercicio físico reducen la resistencia a la insulina, pudiendo restaurar la ovulación, disminuir el hiperandrogenismo, reducir el riesgo de diabetes tipo 2 y de enfermedad cardiovascular.

Los objetivos de la terapéutica farmacológica son: suprimir la producción excesiva de andrógenos, restaurar la función ovulatoria, disminuir el riesgo de cáncer de endometrio y reducir los riesgos a largo plazo de diabetes mellitus tipo 2 y enfermedad cardiovascular.

La supresión de la producción excesiva de andrógenos se realiza habitualmente por medio de anticonceptivos orales combinados, con un progestágeno antiandrogénico (drospirenona) o androgénicamente neutro (gestodeno, desogestrel), o con un antiandrógeno más potente (ciproterona 2 mg).

.José Luis Miñambres Pardiñas  
Jefe de Sección de Ginecología

Carmen Toribio González  
Responsable Coordinación Asistencial