



Amenorrea

Definición

Primaria

Sin menarquia a los 15 años con caracteres sexuales secundarios presentes, o sin menarquia a los 13 años sin desarrollo puberal.

Secundaria

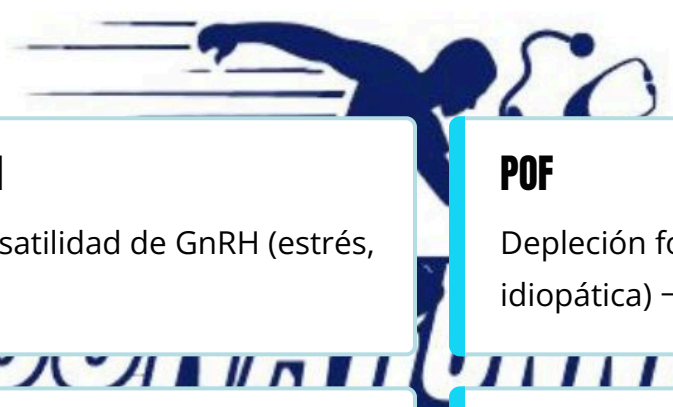
Ausencia de menstruación por 3 ciclos (ciclos previos regulares) o 6 meses (ciclos previos irregulares).

Clasificación 4 compartimentos

Compart	Nivel	Ejemplos clave
I	Tracto de salida / útero	Asherman, agenesia mülleriana, himen imperforado
II	Ovario	POF, SOP, disgenesia gonadal (Turner)
III	Hipófisis	Hiperprolactinemia, prolactinoma, Sheehan
IV	Hipotálamo	Amenorrea hipotalámica funcional, Kallmann

 Gonadotrofinas: FSH alta = hipergonadotrópica (falla ovárica). FSH baja/normal = hipogonadotrópica (central) o eugonadismo (SOP).

Fisiopatología



Amenorrea hipotalámica funcional

↓ leptina / ↑ cortisol → suprime pulsatilidad de GnRH (estrés, bajo peso, ejercicio extremo).

Hiperprolactinemia

Inhibe GnRH; causas prolactinoma, fármacos, hipotiroidismo primario (↑ TRH).

POF

Depleción folicular < 40 años (genética, autoinmune, idiopática) → ↑ FSH compensatoria.

SOP

↑ LH, hiperandrogenismo, resistencia a la insulina, detención folicular antral.

Diagnóstico

- β -hCG (SIEMPRE primero).
- TSH $\uparrow$ $\rightarrow$ hipotiroidismo. PRL $\uparrow$ $\rightarrow$ fármacos / RM silla turca.
- FSH normal/baja + hiperandrogenismo $\rightarrow$ SOP (Rotterdam).
- Sangrado (+) $\rightarrow$ anovulación con estrógenos presentes. Sangrado (-) $\rightarrow$ prueba estrógeno-progestágeno.
- TSH + Prolactina + FSH.
- FSH $\uparrow$ $\rightarrow$ falla ovárica ($\pm$ cariotipo si < 30 años).
- FSH normal/baja sin hiperandrogenismo $\rightarrow$ progestin challenge test.
- Esa prueba (+) $\rightarrow$ causa central (RM si alarma). Esa prueba (-) $\rightarrow$ causa uterina (ecografía/histeroscopia).

📄 Prueba de progestina: sangrado esperado 2-7 días tras completar el progestágeno (5-10 días).

Clínica

Causa	Clave clínica
Asherman	Antecedente de legrado uterino; progestin challenge (–)
Rokitansky	Primaria + mamas normales + útero ausente
POF	< 40 años + síntomas vasomotores + FSH ↑ x2
SOP	Oligo/amenorrea + hiperandrogenismo + ovarios poliquísticos (2/3 Rotterdam)
Prolactinoma	Amenorrea + galactorrea ± cefalea/alteración visual
Kallmann	Primaria hipogonadotrópica + anosmia
Sheehan	Posparto + hemorragia obstétrica + falla de lactancia

Manejo

Causa	Manejo esencial
Asherman	Histeroscopia + lisis de adherencias + estrógenos
Rokitansky	Neovagina (dilatadores/cirugía)
POF	THR hasta edad de menopausia; ovodonación si fertilidad
SOP	ACO/progestágenos cíclicos; metformina; letrozol si fertilidad
Prolactinoma	Cabergolina (1ª línea); cirugía si falla/compromiso visual
Hipotalámica funcional	Corregir causa; THR si prolongada (riesgo óseo)
Kallmann	Inducción puberal; gonadotrofinas/GnRH pulsátil si fertilidad

Manejo

⚠ **Regla de oro:** Anovulación crónica con estrógenos sin oposición (SOP, hipotalámica prolongada) SIEMPRE requiere protección endometrial periódica.

Complicaciones

Osteoporosis

Hipoestrogenismo prolongado no tratado.

Hiperplasia/cáncer endometrial

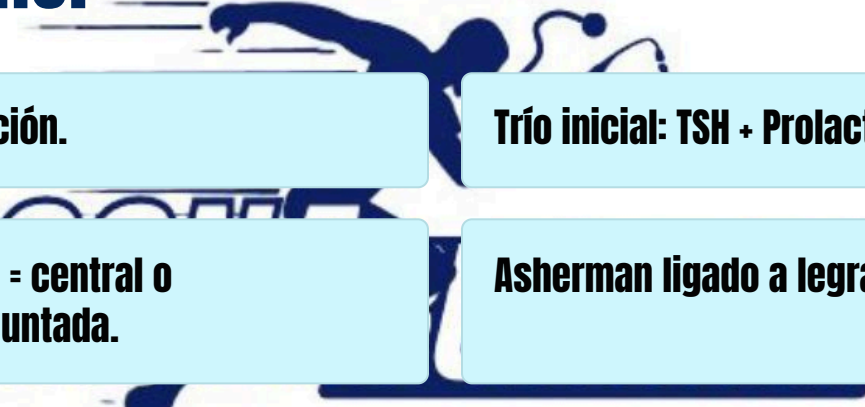
Estrógenos sin oposición.

Infertilidad

Riesgo cardiovascular

Por hipoestrogenismo prolongado.

Lo importante Runner



β -hCG siempre primero, sin excepción.

Trío inicial: TSH + Prolactina + FSH.

FSH alta = ovárica. FSH baja/normal = central o eugonadismo, dicotomía más preguntada.

Asherman ligado a legrado previo.

Kallmann = hipogonadotrópico + anosmia.

Prueba de progestina (-) no distingue por sí solo hipoestrogenismo de causa anatómica; se necesita la prueba de estrógeno-progestágeno.