



**DOI:** 10.26820/reciamuc/5.(1).ene.2021.340-349

**URL:** <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/623>

**EDITORIAL:** Saberes del Conocimiento

**REVISTA:** RECIAMUC

**ISSN:** 2588-0748

**TIPO DE INVESTIGACIÓN:** Artículo de revisión

**CÓDIGO UNESCO:** 32 Ciencias Médicas

**PAGINAS:** 340-349



## Protocolo diagnostico en amenorrea primaria

Diagnostic protocol in primary amenorrhea

Protocolo de diagnóstico em amenorréia primária

**Katherine Andrea Flores Poveda<sup>1</sup>; Denisse Lissette Flores Subía<sup>2</sup>;  
Samijazath Alexander Naranjo Alban<sup>3</sup>; Ronny Raúl Saldarriaga Galarza<sup>4</sup>**

**RECIBIDO:** 10/11/2020 **ACEPTADO:** 29/11/2020 **PUBLICADO:** 31/01/2021

1. Médico de la Universidad de Guayaquil; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; katitaflores\_p@hotmail.com; <https://orcid.org/0000-0003-1522-7251>
2. Médico de la Universidad de Guayaquil; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; denisse64@hotmail.com; <https://orcid.org/0000-0001-7826-192X>
3. Médico de la Universidad de Guayaquil; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; naalsamijazath@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0003-3753-5634>
4. Médico de la Universidad de Guayaquil; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; ronnyalsaldarriaga5@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0003-2435-6805>

### CORRESPONDENCIA

Katherine Andrea Flores Poveda  
katitaflores\_p@hotmail.com

**Guayaquil, Ecuador**

## **RESUMEN**

Se efectuó una búsqueda en la literatura libre y disponible con el objetivo de determinar el protocolo llevado a cabo en el diagnóstico de la amenorrea, definida como la ausencia de sangrado menstrual, haciendo énfasis en su tipo primario. Este estudio se enmarcó en una metodología de revisión y fue del tipo documental en la que se estudió los dos tipos primordiales de amenorrea, la primaria, caracterizada por la falta de menarquia, y la secundaria, manifestada por la carencia prolongada de menstruación. Además, se dio a conocer la amplia etiología de la amenorrea, caracterizada por patologías congénitas del aparato reproductor, alteraciones hormonales y sistémicas, lo que sirvió como apoyo para el desarrollo de los algoritmos aplicados para el diagnóstico eficaz de la amenorrea. Se concluyó, que, a pesar de los diversos esquemas utilizados a la hora de buscar las causas de esta dolencia, la mayoría concuerdan en la aplicación de las pruebas, fundamentadas inicialmente en una anamnesis y exploración física, seguida de ecografía ginecológica, análisis hormonales y de cariotipo dependiendo del caso.

**Palabras clave:** Amenorrea primaria, protocolo diagnóstico, menstruación.

## **ABSTRACT**

A search of the free and available literature was carried out in order to determine the protocol carried out in the diagnosis of amenorrhea, defined as the absence of menstrual bleeding, with emphasis on its primary type. This study was framed in a review methodology and was of the documentary type in which the two primary types of amenorrhea were studied, the primary, characterized by the lack of menarche, and the secondary, manifested by the prolonged lack of menstruation. In addition, the wide etiology of amenorrhea, characterized by congenital pathologies of the reproductive system, hormonal and systemic alterations, was revealed, which served as support for the development of the algorithms applied for the effective diagnosis of amenorrhea. It was concluded that, in spite of the different schemes used when looking for the causes of this condition, most of them agree on the application of tests, based initially on an anamnesis and physical examination, followed by gynecological ultrasound, hormonal analysis and karyotype, depending on the case.

**KeyWords:** Primary amenorrhea, diagnostic protocol, menstruation.

## **RESUMO**

Foi realizada uma pesquisa da literatura livre e disponível para determinar o protocolo realizado no diagnóstico de amenorréia, definido como a ausência de sangramento menstrual, com ênfase em seu tipo primário. Este estudo foi enquadrado em uma metodologia de revisão e foi do tipo documental em que foram estudados os dois tipos primários de amenorréia, o primário, caracterizado pela falta de menarca, e o secundário, manifestado pela prolongada falta de menstruação. Além disso, foi revelada a ampla etiologia da amenorréia, caracterizada por patologias congênitas do sistema reprodutivo, alterações hormonais e sistêmicas, que serviram como suporte para o desenvolvimento de algoritmos aplicados para o diagnóstico eficaz da amenorréia. Concluiu-se que, apesar dos diversos esquemas utilizados na busca das causas desta enfermidade, a maioria deles concorda com a aplicação de testes, baseados inicialmente em uma anamnese e exame físico, seguido de ultra-som ginecológico, análise hormonal e cariótipo, dependendo do caso.

**Palavras-chave:** Amenorréia primária, protocolo de diagnóstico, menstruação.

## Introducción

La amenorrea se define como la falta de menstruación, ya sea permanente, discontinua o momentánea, resultado de alguna disfunción causada en distintos niveles, como lo puede ser a nivel genital, en los ovarios, hipófisis e hipotálamo. Cabe señalar que es un síntoma, no una enfermedad en sí misma, sin embargo, dentro de su concepto se puede abarcar una serie de patologías que perturban distintos órganos. Es uno de las razones primordiales de derivación a la consulta de ginecología y prevalece alrededor del 3% a 4%, sin tomar en cuenta los casos de menopausia, embarazo y lactancia. (Belmonte, 2011)

La amenorrea se divide en dos tipos, cuando ocurre durante un periodo de tres intervalos intermenstruales iguales a 6 o más meses se denomina secundaria, mientras que, en el caso de ausencia de la primera regla o menarquía, la cual ocurre aproximadamente a los 14 años con demora en el desarrollo o falta del mismo en los caracteres sexuales secundarios o a los 16 años con crecimiento completo, tanto del individuo como de los caracteres mencionados, se considera amenorrea primaria. (Castillo, García & Ceamanos, 2002)

La amenorrea representa un reto para los clínicos en su labor diaria de ginecología debido a que el médico debe analizar múltiples enfermedades que en ocasiones perturban órganos y sistemas, las cuales no son habituales y pueden generar riesgos considerables de mortalidad y morbilidad para la paciente. (Castelo & Casals, 2002)

Asimismo, Landaeta & Lara (2011) explican lo siguiente:

En las adolescentes pueden indistintamente presentarse ambos tipos de amenorrea; siendo la secundaria más común y teniendo como principal diagnóstico diferencial: el embarazo, el cual siempre

debe ser descartado antes de buscar alguna otra causa de amenorrea en adolescentes...

Contrariamente, la amenorrea primaria, si bien es menos común es de más difícil diagnóstico cuando está presente, lo que obliga siempre al clínico a buscar la causa subyacente. El médico que aborda esta problemática durante la adolescencia, debe tener conocimientos básicos sobre la fenomenología puberal que ocurre en estos primeros años posterior a la menarquía; así como también del espectro de variantes que pueden presentarse entre el límite de lo normal para la edad y lo meramente patológico; ya que existe un amplio espectro de diagnósticos diferenciales que abarcan desde trastornos de tipo endocrino o genéticos, pasando por factores de índole psicológico, factores ambientales y anomalías estructurales del aparato genital. (pág. 34)

En cuanto a la prevalencia de esta patología, Sepúlveda, Miguel & Jaimes (2009) explican que, en el caso de la amenorrea primaria, es menor al 0.1%. Además, añaden que "la amenorrea no es un síndrome ni un diagnóstico, es la manifestación de múltiples causas. En algunos periodos de la mujer son fisiológicas, como en la infancia, el embarazo, el puerperio, la lactancia y la menopausia" (pág. 58).

Debido a la gran variedad de causas que producen la amenorrea, es complicado clasificarla fácilmente, por lo cual, Rodríguez & Hernández (2015) señalan que uno de los esquemas más sencillos es el propuesto por el Grupo de Interés de Endocrinología Reproductiva (GIER) en 2010 el cual divide la amenorrea en, central, cuando es causada por modificaciones a nivel hipotálamo-hipófisis y secundaria a hiperprolactinemia, gonadal, en el caso de originarse por síndrome del ovario poliquístico y patología del ovario, y por último, genital relacionado con patologías de la vagina o del útero.

Así pues, Belmonte (2011) expresa que del 60% de todas las amenorreas primarias se

encuentran relacionadas con “alteraciones del desarrollo genital por anomalías genéticas” (pág. 2) mientras que el 40% restante son causadas por perturbaciones endocrinológicas.

En lo que respecta al examen exploratorio para diagnosticar la amenorrea primaria, Hernández & Zárate (2006) explican que:

La amenorrea primaria frecuentemente se acompaña de infantilismo sexual y talla baja, lo que hace sospechar en primer término la existencia de una disgenesia gonadal; además si existen malformaciones somáticas se hace aparente un síndrome de Turner. En otras ocasiones se puede encontrar el antecedente en la infancia de un tumor hipofisario que fue sometido a cirugía y/o radiación. En forma excepcional la amenorrea primaria se encuentra asociada a una talla normal, desarrollo mamario, pero ausencia de vello sexual e infantilismo sexual con dispareunia; todo ello hace el diagnóstico de un síndrome de testículo feminizante. Finalmente, aunque raro, es que se presente en forma normal el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, pero no la menarquia y esto hace sospechar una malformación congénita del útero y la vagina o un himen imperforado. La confirmación diagnóstica utiliza esencialmente estudios citogenéticos y de imagenología, pasando a segundo término los hormonales. (págs. 197-198)

Por otro lado Rojas, Labbe, Huneus & Quiroga (2019), explican que el rumbo del diagnóstico no se encuentra del todo definido y que “en ocasiones una anamnesis y examen físico completos son suficientes para orientar el diagnóstico, en tanto que en otras pacientes el diagnóstico es menos claro por lo que el clínico debe descartar otras patologías en forma exhaustiva” (pág. 66). En el caso del tratamiento, ocurre algo parecido, señalan los autores mencionados, debido a que la menstruación puede recuperarse en periodos variados de tiempo, y en el caso de muchas pacientes, estas se

mantienen en amenorrea pese a lograr subsanar los problemas relacionados a esta patología.

Asimismo, Morales (2012) indica que de la causa depende como se llevara a cabo el tratamiento, teniendo como meta principal determinar que esté ocurriendo una pubertad normal seguido de evitar complicaciones del estado hipoestrogenico y afrontar los inconvenientes de fertilidad.

Al mismo tiempo, Sepúlveda et al. (2009) expresan que:

El diagnóstico certero de esta patología favorece un enfoque terapéutico adecuado, con el fin de atenuar o eliminar las consecuencias de esta perturbación, ya que un tratamiento tardío puede ocasionar alteraciones en el desarrollo de la personalidad o en la salud de la adolescente. (pág. 58)

Por lo tanto, debido a la amplia etiología de la amenorrea primaria, la presente investigación propone estudiar el protocolo a llevar a cabo a la hora de realizar un diagnóstico que permita determinar la causa de esta problemática, estableciendo así, en base a ello, un tratamiento adecuado.

## **Materiales y Métodos**

A comienzos de febrero de 2020, se llevó a cabo una exploración de la literatura encontrada en las bases de datos ScienceDirect, SciELO, PubMed, Medline Plus, Cochrane Library entre otros, con los términos “amenorrea primaria”, “diagnostico en amenorrea primaria” y “etiología de la amenorrea primaria”, tanto en español como en inglés. Con la finalidad de analizar el protocolo llevado a cabo en el diagnóstico de la amenorrea primaria, se incluyeron artículos científicos, estudio de cohorte, revisiones sistemáticas con o sin metaanálisis, ebooks, y demás documentos que a criterio de los autores se encontraron revestidos de las características propias de las investigaciones científicoacadémicas, publicados los últimos 20 años. Se desestimaron cartas al

editor, series y reportes de casos, casos y controles, artículos de revisión narrativa y editoriales.

De forma suplementaria, se elaboró una búsqueda sin limitación cronológica para revelar información importante, diferente a lo expuesto en los términos de búsqueda, pero necesaria para el desarrollo de la presente revisión. La inclusión o exclusión de cada una de las referencias en la presente revisión se estableció por el acuerdo de los autores.

## Resultados

La amenorrea es la ausencia o cese anormal de la menstruación. Puede ser tanto primaria como secundaria dependiendo de la ocurrencia de la misma antes o después de la menarquia respectivamente. (The Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine, 2008)

Asimismo, Gómez (2007) explica que en el periodo de la pubertad, surgen los caracteres sexuales secundarios definidos por “el desarrollo mamario (estrógenos ováricos) y el desarrollo de vello axilar y pubiano (andrógenos suprarrenales)” (pág. 531). Posterior a ello, ocurre la primera regla, o menarquia.

Por lo cual, la amenorrea primaria es definida por Belmonte (2011) como:

Ausencia de menarquia a los 16 años independientemente del crecimiento y desarrollo de los caracteres sexuales secundarios...

No existencia de menstruaciones a los 14 años si se acompaña de ausencia en el desarrollo de los caracteres secundarios femeninos, o bien si han pasado ya más de dos años desde el inicio de la aparición de éstos. (pág. 1)

Este tipo de amenorrea puede estar originada por una diversidad de desórdenes que incluyen “anormalidades genéticas, altera-

ciones müllerianas, lesiones hipotálamo-hipofisarias y disfunción hormonal”. (Sepúlveda et al., 2009, pág. 58)

Asimismo, la Enciclopedia Médica A.D.A.M. (2018) explica que la falta de menstruación en ocasiones puede ser provocada por el desarrollo incompleto de los órganos pélvicos o genitales de la mujer.

Al mismo tiempo, Landaeta & Lara (2011) añaden que:

Es importante tener en consideración que para presentarse la menarquía, y en consecuencia las sucesivas hemorragias menstruales; es indispensable contar con un aparato genital femenino bien constituido, que posea ovarios bien conformados con elementos histológicamente maduros y competentes, que produzcan adecuadas concentraciones de hormonas esteroideas (estrógenos y progesterona) y que respondan satisfactoriamente a un comando superior regulador (eje hipotálamo hipófisis - gonadal-eje -H-H-G) que funcione armónicamente y en secuencia lógica; así como también un tracto genital de salida indemne y expedito, que permita la salida del fluido menstrual. Por lo tanto; cualquier alteración a nivel de alguno de estos compartimientos fisiológicos (eje-H-H-G, ovarios, útero, vagina), puede conllevar finalmente a la expresión de un trastorno de base que se traducirá clínicamente en amenorrea. (págs. 34-35)

Por otra parte, Tur et al. (2011) referente a la clasificación etiológica de la amenorrea, expresan lo siguiente:

Dada la complejidad del eje hipotálamo-hipófisis-gónada, es importante para el ginecólogo disponer de esquemas sencillos, útiles y prácticos que orienten el diagnóstico y tratamiento de un síntoma que puede derivarse de problemas ginecológicos o bien deberse a patología nerviosa central, a veces grave y que sobrepase al conocimiento de nuestra especialidad.

Los autores anteriores añaden que a partir de la década de los 70, se han planteado diversas clasificaciones las cuales están vigentes incluso en la actualidad y son aplicadas de forma somera por distintos autores, lo que ocasiona confusión.

Por lo contrario, Hickey & Balen (citados en Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, 2013) agrupan las distintas patologías relacionadas a la amenorrea primaria, empezando por las causas uterinas, entre las que se encuentran el síndrome de Morris, himen imperforado y agnesia mülleriana, seguido de las causas ováricas, enmarcados el síndrome del ovario poliquístico y fallo ovárico prematuro, luego siguen las causas hipofisarias/hipotálamo, donde se enlista la hiperprolactinemia, bajo peso, actividad física intensa, retraso constitucional, hipopituitarismo, radioterapia holocraneal o cirugía craneal y quiste dermoide, por último exponen las causas sistémicas, relacionadas con variaciones endocrinas y enfermedades crónicas de larga evolución como las cardiopatías, diabetes y enfermedades intestinales inflamatorias.

En este orden de ideas, Castelo & Casals (2002) explican en relación a las causas uterinas o trastornos del aparato genital femenino, que se debe comprobar la integridad de los conductos müllerianos para descartar así “la presencia de un himen imperforado, la obliteración del orificio vaginal y la falta de continuidad de la vagina” (pág. 200).

En lo que al himen imperforado respecta, Belmonte (2011) indica que en estos casos, la paciente muestra un desarrollo puberal

común, pero sufre de detención del fluido menstrual lo que ocasiona un hematocolpos seguido de hematometra, lo que por lo general se expresa como amenorrea junto a dolor tipo cólico, además la membrana himenal se halla tensionado debido a la sangre almacenada en la vagina lo cual puede ser resultado fácilmente a través de incisión y drenaje.

Asimismo, en cuanto al síndrome de Morris o feminización testicular, Castelo & Casals (2002) exponen que en presencia de un ausencia uterina y vagina ciega debe aplicarse diagnóstico de manera diferencial con el síndrome de Morris. En los casos en que la paciente que presenta amenorrea primaria junto con la falta de genitales internos y de vello corporal, además de haber presentado hernias inguinales debe sospecharse la manifestación de este síndrome, caracterizado por “fenotipo femenino normal, cariotipo masculino normal, y valores masculinos normales o ligeramente elevados de testosterona y elevados de LH”. (pág. 200)

Al mismo tiempo, Castillo et al. (2002) señalan, respecto a los trastornos ováricos que ocasionan amenorrea, que:

Presentan como característica común una hipersecreción de gonadotropinas secundaria a ausencia de actividad ovárica, de causa no funcional. El tipo más común es la disgenesia gonadal, que incluye la insuficiencia ovárica prematura debida a trastornos autoinmunes y las anomalías del complejo formado por las gonadotropinas y sus receptores. Las alteraciones en el desarrollo gonadal se pueden presentar como amenorrea primaria o secundaria. En el 30% o 40% de los casos de amenorrea primaria se observan cintillas gonadales. La disgenesia gonadal pura indica la presencia de cintillas gonadales bilaterales, independientemente del cariotipo. La disgenesia gonadal mixta indica tejido testicular en un lado y cintilla gonadal en el otro. (pág. 4357)

Por otro lado, en cuanto a la disminución de peso, Belmonte (2011) expone que sin importar la causa, se encuentra ligada a la menarquia tardía, por lo tanto, a la amenorrea. Añade que es ocasionada por una reducción del ritmo metabólico y altera los mecanismos neuroendocrinos asociados con el manejo hipotalámico, además la aparición de la amenorrea mantiene correlación con la rapidez en la disminución del peso y el porcentaje del mismo perdido, donde se ha comprobado que una reducción mayor del 20% está relacionada con el sufrimiento de la amenorrea.

En cuanto a la actividad física intensa, el autor anterior explica que, efectuarla competitivamente a altos niveles ocasiona estrés psíquico en la paciente, provocando además reducción de grasa corporal y por ende el peso, asimismo “se produce un aumento de los esteroides sexuales, andrógenos y prolactina, un aumento del nivel de la hormona del crecimiento, ACTH,  $\beta$ endorfinas y  $\beta$ lipoproteínas, lo que produce alteraciones en la descarga hipotalámica de GnRH”. (Belmonte, 2011, pág. 3)

De esta manera, considerando la amplitud de causas que pueden ocasionar amenorrea primaria, se debe iniciar el protocolo diagnóstico con una detallada historia clínica, como indican Castillo et al. (2002). Asimismo, Castelo & Casals (2002) señalan que el diagnóstico está fundamentado en el examen físico y la anamnesis a través de los cuales se pueden descubrir señales de “trastornos psicológicos, historia familiar de anomalías genéticas, problemas físicos, estado nutricional, y crecimiento y desarrollo anormales, entre otros” (pág. 197). Asimismo, Hernández & Zárate (2006) indican que se debe descartar el embarazo como una posibilidad, realizando el test correspondiente, debido a que esta es una de las causas más comunes de amenorrea secundaria en mujeres ya desarrolladas.

Respecto a estos primeros estudios (Rodríguez & Hernández, 2015) exponen que:

La anamnesis debe investigar en primer lugar los antecedentes familiares de edad de menarquia en madre y hermanas, anomalías genéticas, enfermedades tiroideas y el uso materno de medicación durante el embarazo. La historia personal recogerá datos sobre la evolución del crecimiento pondero-estatural, secuenciación del desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, enfermedades crónicas y, tratamientos recibidos, especialmente los antineoplásicos. El examen físico incluirá la medición de peso y talla, el examen de los caracteres sexuales secundarios y el examen ginecológico para valorar el aparato genital interno. En adolescentes sin relaciones éste último se puede sustituir por una ecografía.

Luego de recolectar estos datos, se puede establecer dos categorías de amenorrea primaria, con y sin desarrollo de caracteres sexuales secundarios normal.

En el primer caso, se inicia comprobando el estado del aparato genital, realizando un ultrasonido pélvico para determinar la presencia de útero. Se diagnostica agnesia Mülleriana si se encontró un útero rudimentario y falta congénita del tercio superior de vagina. Además, se debe elaborar cariotipo para establecer si la paciente es de sexo femenino genéticamente. Luego de verificar la presencia de útero, se procede a investigar una posible obstrucción en la vía de salida del sangrado menstrual ocasionado por un himen imperforado o un septum vaginal congénito. (Hernández & Zárate, 2006)

Si el aparato genital externo e interno se encuentra en normalidad, se continuará como en el protocolo de la amenorrea secundaria.

En el segundo caso, luego de concluir que el aparato genital interno es normal, se realizará una determinación de gonadotropinas foliculoestimulantes (FSH) y luteinizantes (LH). Respecto a ello, Rodríguez & Hernández (2015) explica que:

Los valores elevados de FSH y LH indican un fallo ovárico debido casi siempre a una

disgenesia gonadal y sólo en un pequeño porcentaje a un déficit de 17 $\alpha$ hidroxilasa. Hay que realizar un cariotipo, que en el 50% de los casos será 45XO (s. Turner), en un 25% 46XX (disgenesia gonadal pura) y mosaicismo en el otro 25%. Si se detecta la presencia de un cromosoma Y, hay que extirpar la gónada por riesgo de malignización. Si los títulos de gonadotropinas son normales o bajos, lo primero que se debe sospechar es un retraso constitucional del desarrollo. Pero si existe sintomatología neurológica o si la menstruación no aparece a partir de los 16 años, se debe descartar la existencia de patología orgánica a nivel hipotálamo-hipófisis. (pág. 69)

Cabe señalar que lo expuesto anteriormente se encuentra basado en los algoritmos de la Sociedad Americana de Médicos de Familia (AAFP) y la Sociedad Americana de Medicina de la Reproducción (ASRM), como lo expresan Tur et al. (2011), quienes proponen otra alternativa al protocolo la cual pretende recoger los puntos fuertes de las metodologías anteriores, enfocándose en la optimización de la efectividad de las visitas realizadas y rentabilidad de las mismas. Los autores anteriores realizan una clasificación de las amenorreas dividiéndolas en centrales, genitales y gonadales, lo que se asemeja al esquema anterior. Asimismo, respecto a cada tipo de amenorrea, empezando por las centrales, explican que “se presentan con niveles bajos de estradiol y normales o bajos de gonadotropinas, las subdividimos en hipotalámicas, hipofisarias y secundarias a hiperprolactinemias, distinguiendo en los dos primeros casos entre causas orgánicas y funcionales por sus distintas implicaciones diagnósticas y terapéuticas”. En el caso de las amenorreas genitales, como su nombre lo indica, se encuentran relacionadas con el aparato reproductor y constituye una etiología poco frecuente. Por último, señalan que las amenorreas gonadales “se considera una patología principalmente orgánica con disminución de la reserva folicular y fallo ovárico,

en la que se produce un descenso de los niveles de estradiol junto a un incremento de los valores de gonadotropinas”. (Tur et al., 2011, pág. 37)

La clasificación compone la principal diferencia entre este procedimiento con los anteriores, debido a que el mismo utiliza las mismas técnicas de diagnóstico como lo son la ecografía ginecológica, anamnesis, exploración física y algunas pruebas hormonales, basándose en el tipo de amenorrea que se presente. El esquema de tres tipos sirve como guía para la realización del protocolo, para luego, a partir de allí, aplicar estudios más exhaustivos. Sin embargo, cabe señalar que esta metodología abarca el diagnóstico de la amenorrea tanto primaria como secundaria, lo cual en algunos casos puede ser descartado inmediatamente a través del análisis de la historia clínica y test de embarazo.

Finalmente, luego de determinar la causa de la amenorrea primaria, se debe aplicar un tratamiento correspondiente a dicha causa. En el caso de falta de menstruación por anomalías congénitas, puede ser necesario recetar medicamentos, aplicar cirugía o incluso ambos. (Enciclopedia Médica A.D.A.M., 2018)

Asimismo, Belmonte (2011) explica que:

A la hora de considerar el tratamiento de las amenorreas primarias hay que tratar de favorecer el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios o si están presentes de mantenerlos, mediante la administración de estrógenos y progesterona, así como de evitar la pérdida de masa ósea. En los casos en que exista una gónada disgenética con el cromosoma Y, se debe realizar una gonadectomía debido al riesgo de malignización. (pág. 6)

El tratamiento quirúrgico es aplicado en presencia de agnesia mülleriana o en casos de septo vaginal transversal, himen imperforado, o ausencia congénita de vagina. Mientras que en los casos donde se presentan

patologías orgánicas, el tratamiento es etiológico, sin dejar de lado que se necesita de un tratamiento estrogénico para promover el desarrollo puberal del paciente. (Gómez, 2007)

## Conclusión

Es indiscutible que la amenorrea primaria posee una amplia variedad de causas, las cuales son poco comunes en el día a día del médico. A pesar de ello, se puede seguir un protocolo basándose en los datos adquiridos mayormente por el examen físico y la anamnesis, para determinar adecuadamente el rumbo del diagnóstico. Como se observó, con pocos flujos alternos es posible explorar de forma óptima cada una de las patologías asociadas a esta problemática y establecer así, el tratamiento correspondiente. Asimismo, se observó las alternativas actuales en cuanto a protocolos de diagnóstico respecta, las cuales varían levemente unas de otras.

Por lo que se concluye que, para diagnosticar correctamente la amenorrea primaria se debe empezar realizando una historia clínica completa y examen físico para determinar la presencia o no de los caracteres sexuales secundarios, procediendo a evaluar las posibles incidencias en cada uno de estos dos casos, teniendo la ausencia de útero y obstrucción del mismo en el primer caso y alteraciones en los niveles de hormonas foliculoestimulantes y luteinizantes en el segundo.

## Bibliografía

- Belmonte, L. (14 de Diciembre de 2011). Alteraciones Menstruales por Defecto: Amenorreas., (pág. 21). Recuperado el 8 de Febrero de 2020, de [http://www.chospab.es/area\\_medica/obstetricia-ginecologia/docencia/seminarios/2011-2012/session20111214\\_1.pdf](http://www.chospab.es/area_medica/obstetricia-ginecologia/docencia/seminarios/2011-2012/session20111214_1.pdf)
- Castelo, C., & Casals, G. (2002). Principios básicos en la evaluación y el tratamiento de la amenorrea. *Medicina Integral*, 40(5), 196-206. Recuperado el 7 de Febrero de 2020, de <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-principios-basicos-evaluacion-el-tratamiento-13036878>
- Castillo, G., García, M., & Ceamanos, C. (2002). Protocolo diagnóstico de la amenorrea. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 8(81), 4357-4365. doi:10.1016/s0304-5412(02)70812-3
- Enciclopedia Médica A.D.A.M. (19 de Abril de 2018). Ausencia de periodos menstruales - primaria: MedlinePlus enciclopedia médica. Obtenido de MedlinePlus enciclopedia médica: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001218.htm>
- Gómez, M. (2007). Diagnóstico y tratamiento de la amenorrea en atención primaria. 3(9), 531-537. Obtenido de <http://www.unidadocentemfyciaspalmes.org.es/resources/E10+Anemorrea.+AMF+2007.pdf>
- Hernández, M., & Zárate, A. (2006). Amenorrea y trastornos de la menstruación. *Acta Médica Grupo Ángeles*, 4(3), 197-201. Recuperado el 9 de Febrero de 2020, de <https://pdfs.semanticscholar.org/60a2/a81deb8ef8e9924481da9e0c785654220554.pdf>
- Landaeta, J., & Lara, E. (2011). Diagnóstico y tratamiento de la amenorrea primaria en adolescentes a propósito de tres casos clínicos. *Revista de la Facultad de Ciencias de Salud*, 15(1), 34-37. Recuperado el 8 de Febrero de 2020, de <https://www.redalyc.org/pdf/3759/375939394008.pdf>
- Morales, R. (2012). Amenorrea primaria en adolescentes un abordaje práctico. *Revista Medica de Costa Rica y Centroamerica*, 101-105. Recuperado el 8 de Febrero de 2020, de <https://www.mediagraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=34400>
- Rodríguez, M., & Hernández, I. (2015). Protocolo diagnóstico de amenorrea en adolescentes. *Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia*, 3(1), 67-73. Obtenido de <https://www.adolescenciase-ma.org/wp-content/uploads/2015/07/adolescere-vol3-n1-67-81-Protocolo-diagn%C3%B3stico-de-amenorrea-en-adolescentes-1CORRECTO.pdf>
- Rojas, P., Labbe, M., Huneus, A., & Quiroga, F. (2019). Protocolo de evaluación y tratamiento de amenorrea hipotalámica funcional en adolescentes. *Revista Electrónica Científica y Académica de Clínica Alemana*, 9(2), 65-70. Recuperado el 7 de Febrero de 2020, de <http://contactocientifico.alemana.cl/ojs/index.php/cc/article/view/648>
- Sepúlveda, J., Miguel, A., & Jaimes, H. (2009). Amenorrea Primaria. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 60(1), 57-67. Recuperado el 7 de Febrero de 2020

Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. (2013). Protocolo SEGO. Amenorrea primaria y secundaria. Sangrado infrecuente. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 56(7), 387-392. doi:10.1016/j.pog.2013.04.006

The Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. (2008). Current evaluation of amenorrhea. *Fertility and Sterility*, 90(5), 219-225. doi:10.1016/j.fertnstert.2008.08.038

Tur, R., Fontes, J., Salvador, C., Manzanares, Á., Herrero, J., Graña, M., . . . Checa, M. (2011). Consenso de Granada del Grupo de Interés de Endocrinología Reproductiva (GIER) para el diagnóstico de las amenorreas. *Revista Iberoamericana de Fertilidad y Reproducción Humana*, 28(1), 35-43. Obtenido de Consenso de Granada del Grupo de Interés de Endocrinología Reproductiva



CREATIVE COMMONS RECONOCIMIENTO-NOCOMERCIAL-COMPARTIRIGUAL 4.0.

### CITAR ESTE ARTICULO:

Flores Poveda, K. A., Flores Subía, D. L., Naranjo Alban, S. A., & Saldarriaga Galarza, R. R. (2021). Protocolo diagnostico en amenorrea primaria. *RECIMAUC*, 5(1), 340-349. [https://doi.org/10.26820/reciamuc/5.\(1\).ene.2021.340-349](https://doi.org/10.26820/reciamuc/5.(1).ene.2021.340-349)