

A M E N O R R E A S

DOCTOR G. LÓPEZ-ESCOBAR (*)

Conferencia dictada en la sesión del día 7 de marzo de 1957, de la Sociedad Colombiana de Obstetricia y Ginecología.

Por largos años la amenorrea ha sido considerada como un síndrome verdadero, como una entidad nosológica íntegra, verdadera, similar a una tifoidea o a una endometriosis y esto ha dado lugar a una buena cantidad de errores en su estudio y tratamiento, así como a una notoria divergencia en su apreciación. Comenzando no más por su definición: para algunos solo se puede hablar de amenorrea en aquellos casos en que "falta la menstruación por noventa días o más" (Di Paola, Calatroni, Argentinos); para otros es la "ausencia no fisiológica del menstruo" (Mazer, Israel); para éstos es la "ausencia del flujo menstrual cíclico"; para aquellos es la "falla inicial o suspensión de las reglas debido a la falta de secreciones hormonales cíclicas" (Hurxthall, Musslin); para los de allá es la "falta de menstruación por uno o más períodos entre la pubertad y la menopausia" (Wolf), etc., etc. Y sin embargo, cuando hablamos en el lenguaje médico corriente, cuando presentamos una enferma ante una reunión médica, todos hablamos de amenorreas en enfermas que tienen menos de noventa días de suspensión; o en las que el flujo nunca ha sido cíclico; o en la amenorrea del embarazo, que es fisiológica; o en aquellas en las que aun ni siquiera hemos hecho un estudio de sus secreciones hormonales; y después de la menopausia decimos que la enferma tiene tantos o cuantos años de amenorrea. Siempre por el solo hecho de que la menstruación se ha suspendido en una u otra forma.

(*) Profesor Agregado de Ginecología de la Universidad Nacional.
F. A. C. S. - F. I. C. S.

Así, pues, la definición más exacta y global que no prejuzga es simplemente: *la ausencia o suspensión de la menstruación*. A pesar de que carencia y ausencia son sinónimos hemos escogido la palabra ausencia porque tenemos la impresión de que es más dicente y encuadra más con la idea de amenorrea.

Esta que es la definición más adecuada, médicamente es también la definición más adecuada etimológicamente, como que es la definición que da el diccionario de la Academia de la Lengua (del gr. $\mu\eta\sigma$ priv $\mu\eta\sigma$ mes y $\rho\acute{\epsilon}\omega$ fluir) enfermedad que **consiste** en la supresión del flujo menstrual.

La amenorrea es un síntoma y debe ser considerada como tal y aisladamente no hay razón para hacer de ella un síndrome. Decir amenorrea es como decir cefalalgia. Un síntoma que puede corresponder a un sinnúmero de entidades de diverso origen. Es por esto que se hace necesario tratar de hacer una orientación desde el punto de vista didáctico y de la práctica diaria, para que el médico que se vea en presencia de una enferma con tal queja pueda tener un esquema que lo dirija y lo lleve hacia la etiología, hacia la causa que inicialmente originó tal amenorrea, con lo cual podrá encauzar una terapéutica verdaderamente racional .

Las denominaciones ya consagradas por el tiempo de "amenorreas primarias y secundarias", o "primitivas y secundarias", de "hiperhormonales o hipohormonales" deben subsistir como *Calificativos Generales* únicamente. A la manera como calificamos, de nuevo aquí, una cefalalgia de occipital o frontal, calificativo que ayuda en la investigación de la causa verdadera pero sin que ello constituya un diagnóstico final. La denominación "Esencial" es una que siempre hemos tratado de rechazar, pues tanto aquí como en cualquier otro campo, ella es solo la confesión de que ignoramos la causa y si bien es cierto que existen muchos casos en los que el diagnóstico causal es oscuro, el esfuerzo de encuadrarlos en uno u otro grupo nos llevará frecuentemente al factor originario, al "primun movens" del trastorno. De ahí el valor de una clasificación explícita y específica.

La distinción entre amenorrea primaria y secundaria —la clasificación más antigua y aún usada por muchos— no reposa sobre ninguna base fisio-patológica o etiológica. Es claro que la amenorrea primaria persistente sugiere trastornos más graves, anomalías de desarrollo repetidas veces, pero el mismo proceso patológico puede conducir tanto a la una como a la otra de acuer-

do con que se presente antes o después de la menarquia. Sucede lo mismo con la diferenciación entre amenorreas con caracteres sexuales secundarios normales y amenorreas con caracteres secundarios poco desarrollados o anormales, ya que tanto en casos de uno u otro tipo podemos encontrar la misma etiología, de acuerdo con que la lesión se haya presentado antes o después del desarrollo completo de tales caracteres sexuales secundarios.

La clasificación de Klinefelter, Reifenstein y Sturgis en cuatro grandes grupos: amenorreas uterinas, ováricas, hipofisiarias o hipotalámicas, de acuerdo con que la lesión se asiente en uno u otro de los eslabones del árbol hipófiso-ginecológico, ha sido de un gran valor, pues es ella la que nos ha creado el hábito de pensar anatómicamente y nos ha enseñado un método de trabajo en el que vamos descartando de abajo hacia arriba en los eslabones de esta cadena las posibles causas del trastorno menstrual, pero tampoco es una clasificación completa, pues a trueque de una gran simplicidad ha dejado por fuera numerosas entidades causales de amenorrea, como, por ejemplo, para no mencionar sino algunas: las originadas en lesiones tiroideas, o en lesiones suprarrenales o aquellas producidas por enfermedades generales tan comunes entre nosotros como parasitismo, intoxicaciones, desnutriciones, etc. Se nos podría alegar que en la mayoría de estas enfermedades lo que ocasiona la amenorrea en sí es el shock o la hipofunción pituitárica por la desnutrición o mal estado general; o la falta de excitación ovárica o el frenamiento de la hipófisis por un aumento de hormonas suprarrenales u otras, pero siguiendo el mismo orden de ideas entonces deberíamos clasificar todas las amenorreas en una sola: la uterina, ya que no existe menstruación es porque el endometrio no descama. A más de que la lesión original, el *primun movens* de que hablamos, está en la enfermedad general o el trastorno primitivo que ha desencadenado los trastornos hipofisiarios u ováricos secundarios y es esta lesión original la que interesa al práctico que va a tratar una amenorrea.

El siguiente esquema de amenorreas es un esquema que hemos discutido y aceptado en el Servicio de Ginecología del Hospital de San Juan de Dios de esta ciudad, dirigido por el Profesor Aparicio y que hemos comentado con numerosos colegas ginecólogos, endocrinólogos, obstetras, etc.

AMENORREAS PATOLOGICAS

A) ANATOMICAS LOCALES.

- | | | |
|-----------------------|---|--|
| 1— <i>Congénitas:</i> | $\left\{ \begin{array}{l} \text{Utero:} \\ \text{Ovario:} \end{array} \right.$ | $\left\{ \begin{array}{l} \text{Hipoplasias} \\ \text{Aplasias.} \end{array} \right.$ |
| | | $\left\{ \begin{array}{l} \text{Hipoplasias} \\ \text{Aplasias.} \end{array} \right.$ |
| 2— <i>Adquiridas:</i> | $\left\{ \begin{array}{l} \text{Utero} \\ \text{u} \\ \text{Ovario:} \end{array} \right.$ | $\left\{ \begin{array}{l} \text{Cirugía} \\ \text{Actinoterapia.} \end{array} \right.$ |

Pseudoamenorreas: Congénitas o Adquiridas.

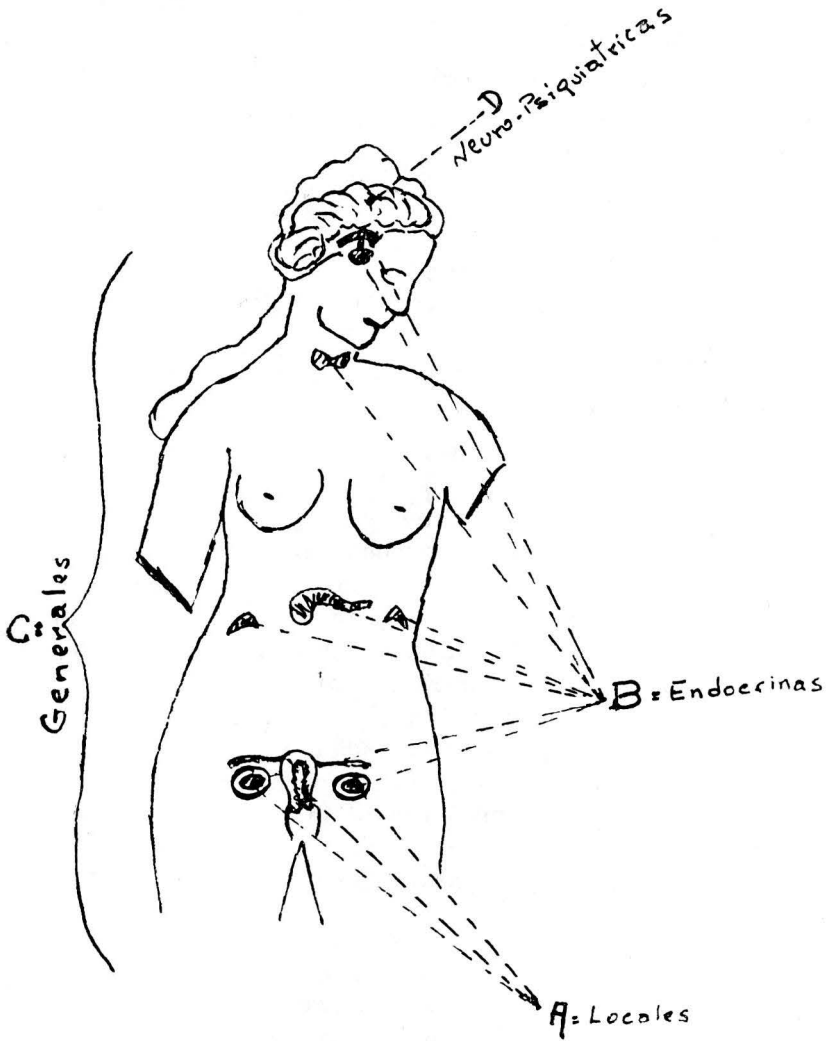
B) ENDOCRINAS.

- | | |
|------------------------|--|
| 1— <i>Hipotálamo:</i> | |
| 2— <i>Hipófisis:</i> | $\left\{ \begin{array}{l} \text{Insuficiencia total} \\ \text{Insuficiencia parcial} \\ \text{Tumores} \end{array} \right.$ |
| 3— <i>Ovarios:</i> | $\left\{ \begin{array}{l} \text{Disturbios con exceso o} \\ \text{defecto de una o varias hormonas} \\ \text{Tumores} \end{array} \right.$ |
| 4— <i>Suprarrenal:</i> | $\left\{ \begin{array}{l} \text{Hiperplasias. (infantil-adulta)} \\ \text{Tumores} \\ \text{Hipoadrenias (Addison)} \end{array} \right.$ |
| 5— <i>Tiroides:</i> | $\left\{ \begin{array}{l} \text{Hipertiroidismo.} \\ \text{Hipotiroidismo.} \end{array} \right.$ |
| 6— <i>Páncreas:</i> | $\left\{ \begin{array}{l} \text{Diabetes} \\ \text{Hiperinsulinismo.} \end{array} \right.$ |

C) GENERALES.

- 1—Enfermedades Crónicas Generales.
- 2—Infecciones.
- 3—Intoxicaciones.
- 4—Obesidad.
- 5—Hemáticas.
- 6—Parasitismos.
- 7—Adaptación.

D) NEURO-PSIQUIATICAS.



Amenorreas Patológicas

AMENORREAS

I—*Fisiológicas*:

- Premenárquica.
- Embarazo y Puerperio
- Lactancia.
- Postmenopáusica.

II—*Patológicas*:

- A—Anatómicas locales
(Pseudoamenorreas).
- B—Endocrinas
- C—Generales
- D—Neuropsiquiátricas.

Como se ve por el cuadro anterior las grandes divisiones del esquema son pocas y fáciles de recordar. Pudiera parecer obvio e inútil incluir dentro de un estudio de amenorreas aquellas originadas en un proceso fisiológico; pero, a más de que son ellas las que más frecuentemente encontramos dentro de la práctica diaria, al médico que se encuentra en presencia de una enferma le interesa más que el valor de una disquisición académica el valor de un esquema que le recuerde rápidamente todas y cada una de las entidades, fisiológicas o no, que le puedan producir el cuadro sintomático de la enferma en cuestión.

Consideremos ahora las amenorreas patológicas:

A— *Anatómicas locales*.—Corresponde este primer grupo a las malformaciones anatómicas de los órganos genitales en sí. Las ausencias o hipoplasias de útero u ovario, ya congénitas, ya ocasionadas por procedimientos quirúrgicos o actinoterápicos. A nadie escapa que las pseudoamenorreas, a pesar de ser falsas amenorreas, deben ser estudiadas aquí puesto que la queja principal de la enferma es la de que no ha venido aún la menstruación a pesar de tener edad suficiente en el caso de ginatresias congénitas; o la de que la menstruación se ha suspendido en aquellos casos de ginatresias cicatriciales.

B—Endocrinas.—Después de considerar las causas de amenorreas originadas en los genitales mismos, es lógico abordar aquellas ocasionadas en el gran árbol endocrino-ginecológico.

Si bien es cierto que las subdivisiones demasiado minuciosas son poco didácticas y confusas, es menester hacer dentro de cada una de las glándulas endócrinas de este árbol endocrino-ginecológico, agrupaciones de los diversos trastornos que pueden dar lugar al síntoma que nos ocupa.

Hipotálamo.—La tendencia actual de considerar el hipotálamo como un órgano de secreción interna, ha hecho que lo coloquemos dentro de este grupo endocrino y no dentro del Grupo D. de lesiones neuropsiquiátricas como pareciera más lógico a algunos.

Hipófisis.—Las insuficiencias totales tienen su representación en las caquexias Simmonds, Sheehan, etc. Las insuficiencias parciales serían las tan debatidas insuficiencias selectivas de FSH o de luteotropina sugeridas por tantos. Y dentro de los tumores estarían los tres grupos de acidófilos, basófilos y cromó-fobos.

Ovario.—Las disfunciones con exceso o defecto de una o varias hormonas ováricas son numerosas: Stein, Halban, Menopausia Precox, etc. Y en cuanto a los tumores debemos recordar que existen aquellos que producen amenorrea por su funcionalismo hormonal, granulosa, luteomas, arrenoblastomas, etc., y aquellos que lo hacen en sus estadios finales por destrucción de todo el tejido ovárico: adenocarcinomas, sarcomas.

Suprarrenal.—Las hiperplasias suprarrenales con sus diferentes cuadros clínicos de acuerdo con la edad en que se presentan; los tumores aunque no constantemente y las hipoadremias simples o con destrucción de la glándula con el completo síndrome de Addison; todos pueden dar lugar a amenorrea.

Tiroides.—Tanto el hipo como el hipertiroidismo llegan a producir amenorreas páncreas. En lo que respecta al hiperinsulinismo su papel como organizador de amenorreas ha sido discutido.

C—Generales.—El árbol endocrino ginecológico está contenido y hace parte como un todo dentro de un organismo. Así toda enfermedad general de este organismo, ya sea infecciosa, tóxica o de otra índole, va a recaer necesariamente sobre él. Bien

sabido es que uno de los primeros medios de defensa del organismo humano cuando está amenazado, es suprimir aquellas funciones que no sean estrictamente necesarias para su supervivencia, como la función endocrino-sexual.

Dentro de este grupo estarán, pues, todas las enfermedades crónicas generales, las infecciones graves, las intoxicaciones, las enfermedades nutricionales, de las cuales la obesidad tiene características tan especiales y frecuentes que merece grupo aparte; los trastornos hemáticos, los parasitismos tan abundantes e importantes en nuestro medio y los trastornos de adaptación considerados como enfermedad general. Quien recorra nuestras provincias, sobre todo si son cafeteras, tendrá oportunidad de hacer un buen acopio de casuística de amenorreas originadas en desnutrición y parasitismos intensos. La familia de enanos, presentada por Ucrós, en la que todos los exponentes femeninos eran amenorréicos, ocasionada por una desnutrición intensa, es un buen ejemplo.

D—*Neuro-psiquiátricas*.—A pesar de que para algunos las enfermedades de este tipo pudieran localizarse dentro del grupo anterior de enfermedades generales, hemos creído conveniente destacarlas, pues día a día se reconoce más su importancia y se reafirma el origen psicogenético de muchas de aquellas amenorreas que en otras ocasiones se hubieran designado como amenorreas criptogenéticas o esenciales. Son éstas también las que frecuentemente constituyen un verdadero acertijo diagnóstico o terapéutico. Es menester también dentro de este grupo diferenciar aquellas amenorreas ocasionadas por una causa puramente psíquica (¿psicosomática?) y aquéllas que se deben a una lesión cerebral verdadera (¿neurogénicas?); lesiones corticales, encefalitos, enfermedad del mesénfalo (¿S. de Lawrence-Moon-Biedle?), etc.

Para finalizar anotemos que es a propósito que no hemos querido hacer mención en el esquema general, de las amenorreas terapéuticas, debidas a tratamientos hormonoterápicos indiscriminados. Ellas pudieran considerarse como un tipo de amenorrea endocrina.

BIBLIOGRAFIA

1. CALATRONI C. J. y RUIZ V.—Terapéutica Ginecológica. El Ateneo Ed. Buenos Aires. 1946.
2. G. S. JONES.—The management of Endocrine Disorders of Menstruation and Fertility Ch. C. Thomas Ed. Springfield 1954.
3. FLUHMANN C. F.—The management of Menstrual Disorders. W. B. Saunders Co. Ed. Filadelfia. 1956.
4. MAZER C. y ISRAEL S.—Menstrual Disorders and Sterility. P. B. Hoeber Ed. Nueva York. 1947.
5. MEIGS J. V. y STURGIS S.—Progress in Gynecology. Grune & Stratton Ed. Nueva York. 1946.
6. HURXTHAL L. M. y MUSSLIN N.—Clinical Endocrinology. J. B. Lippincott Co. Ed. Filadelfia. 1953.
7. ROMMER J. J.—Sterility. Ch. C. Thomas Ed. Springfield 1952.
8. FREED CH.—Amenorrhea en Gynecology de Lewrie R. J. Ch. C. Thomas Ed. Springfield. 1952.
9. VARANGOT J.—Hormonotherapie Gynecologique Masson et Cie. Ed. Paris. 1946.
10. WOLF.—Endocrinology in Modern Practice. W. B. Saunders Co. Ed. Filadelfia. 1949.
11. P. M. F. BISHOP.—Gynecological Endocrinology. E. & S. Livingstone Ltd. Ed. Edinburgh.
12. A. W. BOURNE.—Synopsis of Obstetrics and Gynecology. J. Wright and Sons Ltd. Ed. Bristol. 1945.
13. BOUTE M. J.—La Classification Physiopathologique des Amenorrhées; base du diagnostique differentiel. Societé Royale Belge de Gyneec. et Obstetrique. Vol. IV 1952. p. 456 - 481.
14. F. RUBIO DONNADIEU y RODRIGUEZ R.—Amenorreas. Estudio Clínico. Revista de Investigación Clínica. México. Vol. VII. número 4. Oct. Dic. 1955. p. 441-480.
15. UCROS ANTONIO, GOMEZ J. y GOMEZ G.—La desnutrición como factor retardador del desarrollo humano. Rev. Soc. Endocrinología. Vol. II. Nº 3 1er. Semestre 1957.