LA AMENORREA *

Doctores Guillermo López-Escobar * * y Jorge Villarreal Mejía * * *

"La Amenorrea es un síntoma, debe ser considerada como tal y aisladamente no hay razón para hacer de ella un síndrome" (1). La presentación muy resumida de algunos pocos casos-ejemplos nos muestra los desaciertos que frecuentemente cometemos en el manejo de una amenorrea, cuando nos olvidamos de este enunciado:

CASO Nº 1. M. T. A. - Q. P.: Amenorrea premenárquica. Tratada de los 16 a los 20 años en diversas instituciones con Alpha-estradiol; ethynil-estradiol; progesteronas; gonadotropinas, etc. Vista y estudiada a los 20 años.

Diagnóstico final: Intersexuado con Síndrome de Testículos Feminizantes. Ausencia de útero y vagina. Obviamente los tratamientos mencionados eran inútiles.

CASO Nº 2. M. I. J. - Q. P.: Amenorrea premenárquica. Falta de desarrollo somático y sexual.

Tratada desde los 13 años con APL y otras numerosas inyecciones. Vista y estudiada a los 17 años.

Diagnóstico final: Síndrome de Gónadas Rudimentarias con masa cromatínica negativa (menos de 20% en piel).

CASO Nº 3. A. B. de A. - Q. P.: Amenorrea post-menárquica. Esterilidad. Dos años de matrimonio.

Tratada desde el matrimonio con Progynon, Prolutón, Thelan, etc. Vista y estudiada a los 20 años, dos años después de casada.

Diagnóstico final: Obesidad e hipotiroidismo (87,5 kilos. Yodoproteinemia: 3,8 gammas). Se trata con Tiroglobulina y dieta. Comienza a menstruar regularmente. Hoy día ha tenido cinco partos normales.

CASO Nº 4. A. E. - Q. P.: Amenorrea premenárquica. Calvicie. Virilización.

Tratada desde los 13 años con un sinnúmero de terapéuticas. Vista a los 36 años.

Diagnóstico final: Hiperplasia Suprarrenal Severa (17 Cetosteroides: 28,4). Tratamiento quirúrgico en enero de 1951 (antes de que la Cortisona estuviera disponible). Ambas suprarrenales grandes, en especial la derecha.

CASO Nº 5. A. ?. - Q. P.: Amenorrea premenárquica. Falta de desarrollo sexual.

^{*} Contribución a la Mesa Redonda sobre Amenorreas presentada en el IV Congreso Latino-Americano de Ginecología y Obstetricia. Bogotá, julio 22 a 28 de 1962.

 ^{*} Profesor Asociado de Ginecología y Obstetricia.
 Universidad Nacional. Bogotá, Colombia. F.A.C.S. F.I.C.S.

Profesor Asistente de Ginecología y Obstetricia. Universidad Nacional. Bogotá. Colombia.

Diagnóstico final: Desnutrición. Forma parte de la familia de once hermanos con severa hiponutrición, presentada por Gómez y Ucrós (2).

CASO Nº 6. J. V. - Q. P.: Amenorrea post-menárquica. Esterilidad de cuatro años.

Tratada desde el matrimonio con Prymogonil, Duogynon, Synergon, Roentgenterapia, etc.

Vista a los 26 años.

Diagnóstico final: Amenorrea de origen psicosomático.

Tratamiento: psicoanálisis. Ha tenido dos embarazos a término desde entonces.

A estos ejemplos pudiéramos agregar casos más obvios como el de la mujer embarazada que es tratada como una amenorrea patológica y el de aquella otra a la que después de una ooforectomía o de una roentgenterapia que ella ignora, consulta por amenorrea y es so-

metida a diversos tratamientos, antes de indagar por el informe de la cirugía hecha previamente.

Es que la amenorrea puede expresar desde estados francamente fisiológicos de la mujer hasta entidades patológicas de diversa índole y diferente severidad. De ahí la necesidad de un esquema etiológico que oriente al médico en presencia de una paciente con tal queja, hacia la causa que inicialmente originó la amenorrea, con lo cual podrá encauzar una terapéutica verdaderamente racional. Basados en estas consideraciones propusimos en 1954 en el Servicio de Ginecología del Hospital de San Juan de Dios, el siguiente esquema, adoptado entre nosotros. Para nuestra satisfacción años más tarde, en 1958, en la primera edición del libro de Obstetricia y Ginecología, para estudiantes, de Wilson, Beecham, Forman y Corrigan (3), encontrábamos una catalogación de amenorreas muy similar a la propuesta.

AMENORREAS

I. AMENORREAS FISIOLOGICAS

Prepuberal Embarazo y puerperio Lactancia Postmenopáusica

II. AMENORREAS PATOLOGICAS

A) Anatómicas locales.

1. (Congénitas:	(Endometrio)) Hipoplasias) Aplasias
		Ovario	Hipoplasias Aplasias
2. A	Adquiridas:	Utero u Ovario	Cirugía Actinoterapia

Pseudoamenorreas:

Congénitas o adquiridas.

362 LOPEZ Y VILLARREAL

B) Endocrinas.

1. Hipotálamo

2. Hipófisis:

Insuficiencia total Insuficiencia parcial Tumores

3. Ovarios:

Disfunciones con exceso o defecto de una o varias hormonas
Tumores

4. Suprarrenal:

Hiperplasias (infantil-adulta)
Tumores

5. Tiroides:

Hipoadrenias (Addison)

ć **n**/

HipertiroidismoHipotiroidismo

6. Páncreas:

Diabetes
Hiperinsulinismo.

C) Generales.

- 1. Enfermedades crónicas generales
- 2. Infecciones
- Intoxicaciones

- 4. Obesidad
- 5. Hemáticas
- 6. Parasitismos
- 7. Adaptación.

D) Neurológicas y psiquiátricas.

Como se ve, las grandes divisiones del esquema son pocas y fáciles de rememorar. Pudiera parecer obvio y criticable el incluír dentro de un estudio de amenorreas aquellas originadas en un proceso fisiológico: pero a más de que ellas son las más frecuentes, al médico 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 gi-

natresias 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 endocrinas 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 cromófobos.

Ovario. Las disfunciones con exceso o defecto de una o varias hormonas ováricas son numerosas: Stein, Halban, Menopausia Praecox, etc. Y en cuanto a los tumores debemos recordar que existen aquellos que producen amenorrea por su funcionalismo hormonal, granulosa, luteomas, arrenoblastomas, etc. Y que 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 presenten; 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 amenorreicos, 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 aquellas que se deben a una lesión cerebral verdadera (¿neurogénicas?); lesiones corticales, encefalitis, enfermedad del mesónfalo (¿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

- LOPEZ-ESCOBAR, G.: Amenorreas. Rev. Col. Obst. y Ginecol. V. VIII, No. 2, P. 57-65, Mar.-Abr. 1957.
- GOMEZ, A. J. C., UCROS, A. y GOMEZ, G.: La Nutrición como Factor Intrínseco del Desarrollo Humano. Rev. Soc. Col. Endocrin. Vol. I, Nº 3. P. 201-208. Jul. 1957.
- WILSON, BEECHAN, FORMAN, CORRIGAN: Obstetrics and Gynecology. The C. V. Mosby Co. Ed. 1958, St. Louis.