



FIGURA 320-8 Diagrama de flujo para el estudio de las mujeres con amenorrea. Entre paréntesis se muestra el diagnóstico más frecuente de cada grupo. La línea de guiones indica que en algunos casos se puede alcanzar un diagnóstico correcto tan sólo basándose en la historia clínica y exploración física. PCOS, síndrome de ovario poliquístico.

nos, 2) estado estrogénico actual y 3) presencia o ausencia de útero. En principio, ante toda mujer con amenorrea hay que sospechar un embarazo mientras que no se demuestre lo contrario. Más aún, aunque la historia clínica y la exploración física no lo sugieran, conviene efectuar una prueba de detección para descartar esta posibilidad. Una vez descartada, suele ser posible establecer la causa de la amenorrea gracias a la historia clínica y exploración física. Así, por ejemplo, el síndrome de Asherman se sospecha ante una historia de legrado en una mujer que previamente menstruaba con normalidad; por otro lado, el diagnóstico diferencial básico de las mujeres con amenorrea primaria e infantilismo sexual comprende la disgenesia gonadal y el hipopituitarismo. El diagnóstico de disgenesia gonadal (síndrome de Turner) o de defectos anatómicos del aparato reproductor femenino (agenesia mülleriana, feminización testicular y estenosis cervical) suele reconocerse por hallazgos de la exploración física. Siempre que se sospeche una causa específica, convendrá efectuar las pruebas más directas para confirmar el diagnóstico (como la obtención del cariotipo cromosómico o medición de las gonadotropinas plasmáticas). Finalmente, también es útil medir las concentraciones séricas de prolactina y FSH durante el estudio inicial.

El estado estrogénico se establece valorando si la mucosa vaginal se encuentra húmeda y rugosa y si el moco cervical es filante y muestra arborización al secarse. Cuando estos criterios son dudosos, está indicada una prueba de administración de progestágenos, habitualmente 10 mg de acetato de medroxiprogesterona por vía oral una o dos veces al día durante cinco días o una inyección intramuscular de 100 mg de progesterona en solución oleosa (hay que recordar que nunca debe administrarse ningún progestágeno hasta descartar la posibilidad de embarazo). Si los niveles estrogénicos son adecuados (y el aparato reproductor femenino se encuentra intacto), la menstruación debe ocurrir una semana después de suspender el tratamiento con progestágenos. Si se produce hemorragia por supresión, el diagnóstico será de anovulación crónica con producción de estrógenos, generalmente secundaria a una enfermedad ovárica poliquística.

Si no se observa hemorragia por supresión o únicamente aparece un manchado vaginal mínimo, el resto del estudio dependerá de los resultados del análisis inicial de prolactina. Si la prolactina plasmática está elevada o existe galactorrea, deberá efectuarse una radiografía de la hipófisis. Si la prolactina plasmática es normal en una mujer con anovulación, ausencia de estrógenos y niveles elevados de FSH, el diagnóstico

será de insuficiencia ovárica. Si las gonadotropinas están normales o reducidas, el diagnóstico deberá ser de trastorno hipotálamico-hipofisario o de defecto primario del aparato reproductor femenino. Como se mencionó con anterioridad, el diagnóstico de los trastornos del aparato reproductor femenino suele sospecharse o establecerse por la historia clínica y exploración física. Cuando esta última es dudosa, lo mejor es administrar progestágenos y progestágenos de forma cíclica (1.25 mg de estrógenos conjugados vía oral al día durante tres semanas, suspendiendo 10 mg de acetato de medroxiprogesterona en los últimos siete a 10 días del tratamiento estrogénico) y efectuar después una observación durante tres días. Si no aparece hemorragia, que ha sido confirmado el diagnóstico de síndrome de Asherman o de cualquier otro defecto del aparato reproductor femenino, comprobable mediante histerosalpingografía o histeroscopia. Si aparece hemorragia por supresión tras el tratamiento de combinación con estrógenos y progestágenos, deberá sospecharse el diagnóstico de anovulación crónica con ausencia de producción de estrógenos (amenorrea hipotálamica funcional). En el último caso está indicado el estudio radiológico del área hipotálamico-

hipofisaria, cualquiera que sea el nivel de prolactina, ante el temor de que un tumor hipotálamico-hipofisario pase inadvertido y porque el diagnóstico de amenorrea hipotálamica funcional debe ser de exclusión.

ESTERILIDAD La esterilidad, que es la incapacidad de una mujer embarazarse después de efectuar el coito durante un año sin protección, afecta a una proporción de 10 a 15% de las parejas y es un motivo frecuente para buscar asistencia ginecológica. Los factores del varón constituyen por lo menos 25% de los casos de esterilidad (cap. 3). En las mujeres la falta de ovulación constituye 40% de los casos; la mitad de ellos se deben a factores pélvicos, como enfermedad tubal, endometriosis. En 10 a 20% de las mujeres estériles no se identifica respecto etiológico alguno. La valoración y tratamiento de la esterilidad describen en el capítulo 45.

EMBARAZO (véase también cap. 6) La posibilidad de embarazo debe considerarse en toda mujer en edad fértil, estudiada por un médico o quirúrgico. Algunas intervenciones, como la exposición a rayos X, ciertos fármacos y los anestésicos son nocivos para el feto en desarrollo y determinados problemas médicos empeoran durante el embarazo, como ocurre con la hipertensión, enfermedades cardíacas, pulmonares y hepáticas, y los trastornos metabólicos y endocrinológicos. Hecho, en toda mujer que presente sangrado vaginal anómalo o amenorrea durante la época fértil deberá sospecharse una complicación del embarazo, como aborto incompleto, embarazo ectópico o enfermedad trofoblástica (mola hidatidiforme o coriocarcinoma). En general, las mujeres que presentan este tipo de complicaciones suelen referir antecedentes de dolor abdominal y sangrado vaginal y a veces muestran signos de hemorragia abdominal.

El coriocarcinoma es un problema especial, por sus múltiples complicaciones. La mitad de estos tumores malignos aparece después de embarazos complicados con una mola hidatidiforme y el resto de abortos espontáneos, embarazos ectópicos o partos normales. Los pacientes presentan hemorragia abdominal secundaria a la rotura del útero, hígado u ovario, con manifestaciones pulmonares (tos, hemoptisis, dolor pleurítico, disnea e insuficiencia respiratoria) o síntomas gastrointestinales, generalmente hemorragias crónicas o melena. Además, estas enfermas pueden sufrir metástasis cerebrales o afección ocular. El diagnóstico se establece demostrando un nivel elevado

abun...
posible...
ambos...
el capít...
OTI...
VULVA...
La may...
y, en g...
do (ve...
Todas...
avanza...
de vul...
(pruri...
VAGINA...
Las im...
prurito...
albicar...
tras el...
mient...
La...
menin...
compr...
cuello...
cuent...
(dos p...
alto r...
pués...
CUELL...
Las le...
neopla...
uterin...
VALOR...
cervic...
diant...
cada...
mayor...
ren u...
cal ar...
para...
y de...
ment...
pia, o...
RECON...
neopl...
ples...
dente...
virus...
(VIH)...
apar...
cervi...
cuan...
edad...
satisf...
mism...
supel...
tivas...
pica...
hace...
le...
p...
El SI...
glo...
de d...