



387/58 - AMENORREA SECUNDARIA EN PACIENTE EN EDAD FÉRTIL

A. Valdor Cerro¹, D. Simarro Díaz², S. López Santos³, I. Sánchez Martín⁴

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Saja. Torrelavega. Cantabria.²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Corrales de Buelna. Cantabria.³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zapatón. Torrelavega. Cantabria.⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dobra. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Paciente mujer de 36 años que acude por amenorrea de 6 meses tras el parto, sin ninguna otra sintomatología asociada. Parto por cesárea con metrorragia asociada que requirió legrado puerperal. Feto vivo sano. No lactancia materna por mala tolerancia. Antecedentes personales: no hábitos tóxicos, no enfermedades previas. Antecedentes obstétricos: G2A1P1. Menstruaciones regulares cada 30 días, de unos 4-5 días de sangrado.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general. Normocoloración cutánea y de mucosas. Normohidratada. ACP normal. Abdomen: cicatriz en hipogastrio de cesárea con buen aspecto, sin signos flogóticos locales. No se palpan masas ni megalias, no doloroso a la palpación. RHA presentes. Expl. ginecológica: genitales externos normales, vagina con buena coloración. Cervix normoepitelizado. Test de embarazo: negativo. Hemograma: Hb 13,1. Resto normal. Bioquímica: normal. Estudio hormonal: hormonas tiroideas normales, Estradiol 44, FSH 8,6; LH 5,2. Prolactina 15. Ecografía ginecológica: ovarios de características normales y útero regular con endometrio lineal. Test de progesterona: negativo. Test combinado con ACO: negativo. Dada la ausencia de sangrado tras la administración de progesterona y test combinado; analítica con perfil hormonal normal y ausencia de clínica asociada, se deriva a la paciente para valoración de pruebas complementarias. Histeroscopia: sinequias al inicio del canal endocervical. En la cavidad endometrial se aprecian numerosas adherencias en más del 80% de la superficie.

Juicio clínico: Síndrome de Asherman.

Diagnóstico diferencial: Ante una paciente en edad fértil con amenorrea secundaria, lo primero que hay que realizar es prueba de embarazo. Si es negativa, se continúa con el estudio: TSH, PRL. Si son normales, se da una pequeña cantidad de progesterona; si se produce sangrado se concluye que la causa es anovulación. Por el contrario, si no hay sangrado, hay que hacer el test combinado con estrógenos + progesterona. Si la mujer no tiene la regla, algo falla desde el punto de vista anatómico uterino (sd. Asherman), vagina y cérvix (estenosis). Si tiene la regla, el problema está arriba del eje, para lo que conviene saber los niveles de gonadotropinas hipofisarias previamente sacadas (FSH, LH). Si están elevadas, se sospecha disfunción ovárica; si son bajas, el problema no está en el ovario, sino en el eje (hipotálamo-hipofisario).

Comentario final: El síndrome de Asherman consiste en la formación de adherencias en el interior del cuerpo uterino, por lo que la cavidad uterina se hace más pequeña y estrecha. Las causas más frecuentes son postquirúrgicas, por lo que hay que sospecharlo en pacientes con antecedentes de práctica de legrados,

infecciones uterinas, retención placentaria... que acuden por hipermenorrea o amenorrea.

Bibliografía

Pellicer. Bonilla. Obstetricia y Ginecología para el grado de Medicina. Editorial Panamericana, 2^a ed; 2014.

Muñoz Muñiz M. Ginecología y Obstetricia. Manual de CTO de medicina y cirugía, 9^a ed; 2014.