

**III JORNADAS DE
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**
para atención primaria a través de
casos clínicos

Lunes 24 de noviembre de 2014



Hospital Universitario Infanta Elena

Comunidad de Madrid



FALLO OVÁRICO PRECOZ

CASO CLÍNICO

Mujer de 34 años que consulta por amenorrea secundaria de 8 meses de evolución.

Antecedentes familiares:

- Padre: Cáncer de próstata
- Madre: Menopausia a los 41 años. Fractura de Colles a los 67 años.
- Dos hermanas de 43 y 38 años sanas

Antecedentes personales:

- Hipotiroidismo autoinmune en tratamiento con Eutirox bien controlado

Intervenciones quirúrgicas:

- Apendicectomía
- Adenoidectomía

Antecedentes gineco-obstétricos:

- GAV: G0
- Método anticonceptivo: Barrera

Anamnesis

Amenorrea secundaria de 8 meses de evolución.

Previamente presentaba un patrón menstrual normal con reglas cada 29 días de 5 días de duración. Los últimos meses sus ciclos menstruales se habían ido acortando, con reglas cada 23-25 días aunque mantenían una duración normal.

Además se nota más nerviosa e irritable y duerme peor.

Exploración física

IMC: 24

No acné ni hirsutismo. No acantosis

Espéculo:

Genitales externos y vagina normales. Flujo vaginal escaso. Cérvix de nulípara bien epitelizado

Exploración:

Útero regular en anteversión, no doloroso a la movilización, no masas pélvicas.

Pruebas complementarias

Ecografía tv:

Útero regular en anteversión. Histerometría de 68mm. Endometrio regular de 3mm. Ovario derecho de 18mm. Ovario izquierdo de 20mm. Ambos ovarios con folículos visibles, pero recuento de folículos antrales <5.

Analítica hormonal:

FSH 78

LH 56

Estradiol 18

Prolactina, perfil androgénico y tiroideo normales

Se repite nueva determinación hormonal, confirmándose los valores previos

Juicio diagnóstico

FALLO OVÁRICO PRECOZ

El **Fallo Ovárico Precoz** se define como amenorrea en una mujer <40 años y que cursa con **hipogonadismo hipergonadotropo**:

Niveles persistentemente elevados de FSH y persistentemente disminuidos de Estradiol

Incidencia:

1/100 mujeres de menos de 40 años
1/1.000 mujeres de menos 30 años
1/10.000 mujeres de menos de 20 años

Representa:

10 % de todas las amenorreas
10-28 % de las amenorreas primarias
4-18 % de las amenorreas secundarias

Causas:

- **Genéticas:** Defectos del cromosoma X, blefarofimosis, galactosemia...
- **Autoinmunes:** Endocrinas (hipotiroidismo, hipoparatiroidismo, diabetes, insuficiencia suprarrenal). Enf Crohn, Sme Sjögren, Lupus, PTI...
- **Iatrogénicas:** Radioterapia, Quimioterapia, cirugía ovárica, tóxicos...
- **Idiopáticas:** el 60% con agregación familiar, en algunos casos valorar la mutación FMR1 del síndrome x frágil.

Ante una paciente joven con diagnóstico de fallo ovárico precoz, ¿qué tratamiento instauramos?

- A) Nada
- B) Bifosfonatos
- C) Terapia hormonal sustitutiva
- D) Anticonceptivos orales

Respuesta correcta D

Es necesario un aporte correcto de estrógenos para mantener una correcta mineralización ósea y para mejorar los síntomas clínicos del hipoestronismo.

Es necesario contrarrestar estos estrógenos con progesterona en pacientes que mantienen el útero.

Se recomienda el uso de anticonceptivos en mujeres jóvenes sin deseos genésicos porque se describe un 5-10% de gestaciones espontáneas en mujeres con Fallo ovárico precoz (sobre todo en los primeros años tras el diagnóstico)

Si esta paciente desea gestación, ¿cuál sería la técnica más eficaz para conseguirlo?

- A) Inseminación artificial
- B) Fecundación in vitro con altas dosis de medicación
- C) Donación de ovocitos
- D) Una paciente con menopausia precoz no puede ser sometida a técnicas de reproducción asistida

Respuesta correcta C

¿Gestación espontánea?

No hay tratamientos que aumenten la tasa de **gestación espontánea**

No hay ningún indicador clínico y/o analítico que pueda predecir la mayor facilidad para la gestación espontánea.

Ni la biopsia de ovario, ni la ecografía, ni el nivel de FSH, ni la existencia de anticuerpos antiovario se han demostrado como predictivos de embarazo.

¿Gestación mediante técnicas de reproducción asistida?

Recientemente se está utilizando la AMH como el mejor indicador de reserva ovárica para valorar la posibilidad de respuesta a un ciclo de estimulación ovárica

Ciclo de prueba

En los casos de FOP iatrogénico por anexectomía bilateral y/o con cariotipo anormal la única alternativa es la **donación de ovocitos**.

En todos los casos la donación de ovocitos es la técnica de reproducción asistida más eficaz (alrededor del 55-60% de posibilidades de éxito).

Se caracteriza por obtener ovocitos de una donante joven y sana que se somete a una estimulación ovárica voluntariamente.

Estos ovocitos son fecundados por el semen de la pareja o por semen de donante.

Los embriones resultantes se transfieren a la paciente (en un ciclo natural o estimulado mediante la toma de estradiol y progesterona oral)

En la Comunidad de Madrid y cubierto por la seguridad social actualmente sólo es posible la donación de ovocitos en el Hospital Príncipe Felipe de Alcalá de Henares y sólo bajo ciertos criterios muy restrictivos

¡MUCHAS GRACIAS!



Teléfonos de contacto: 91 894 8410 Extensión 2472, 2473, 2229
Email: ginecología.hie@idcsalud.es