

GINECOLOGÍA

HEMORRAGIA UTERINA
ANORMAL

Cesia Grajales Navarrete*
 Priscilla María Bonilla Ugalde**
 Melany Chavarria Briceño***

SUMMARY

The menstrual cycle is considered normal when uterine bleeding occurs every 21 to 35 days and is not excessive. The normal length of menstrual bleeding is between two and seven days. Abnormal uterine bleeding occurs when the frequency or quantity of uterine bleeding differs from the parameters indicated or when the woman is bleeding between menstrual periods, this can be caused by a variety of factors. The two most common causes are structural abnormalities of the reproductive system and ovulation disorders. Postmenopausal women

should seek immediate medical attention if they experience bleeding, because the cause of the bleeding and concerns are different from those of women of reproductive age.

GENERALIDADES

La hemorragia uterina anormal incluye el sangrado menstrual anormal y las hemorragias debidas a otras causas como lo son: neoplasias, disfunción hormonal, traumatismo del aparato reproductor, infección, coagulopatía y complicaciones

del embarazo. Por lo tanto, la hemorragia uterina anormal es un signo ginecológico común que se observa en mujeres de cualquier edad, donde su diagnóstico y manejo representa uno de los problemas de más difícil manejo en ginecología. En las mujeres en edad reproductiva siempre debe de considerarse la posibilidad de una complicación del embarazo y otras complicaciones como miomas y cáncer cervical.

DEFINICIONES

El sangrado menstrual normal

* Medico General.

** Medico General.

*** Medico General.

se define como la menstruación cíclica cada 21 a 35 días que dura menos de 8 días, con una pérdida sanguínea de 20 ml a 80 ml. A la hemorragia anormal se le reconocen varios patrones como lo son:

Menorragia (hipermenorrea): flujo menstrual prolongado y abundante; En forma objetiva, es la menstruación que se prolonga durante más de siete días o excede 80 ml de sangre. **Hipomenorrea (criptomenorrea):** menstruación escasa y de corta duración que en ocasiones solo implica un manchado. **Metrorragia (hemorragia intermenstrual):** se presenta en cualquier momento del periodo menstrual, recientemente una causa común es el uso de estrógenos exógenos. **Polimenorrea:** son aquellos ciclos menstruales que ocurren con demasiada frecuencia, generalmente asociado con anovulación. **Oligomenorrea:** ciclos menstruales con intervalos mayores a 35 días. **Hemorragia por contacto (postcoital):** debe de considerarse como signo de cáncer cervical hasta que se pruebe lo contrario. **Hemorragia por supresión:** son los sangrados que ocurren al interrumpir repentinamente un progestágeno.

FRECUENCIA

Entre 10 y 30% de las mujeres en edad fértil y hasta 50% de

las mujeres perimenopáusicas padece de hemorragia uterina anormal. Los factores principales que modifican su frecuencia son la edad y la fase reproductiva. Por ejemplo, la hemorragia uterina es poco frecuente en niñas prepúberes y mujeres menopáusicas, mientras que aumenta considerablemente en las adolescentes, mujeres perimenopáusicas y las que están en edad fértil. Cualquier hemorragia previa a la menarquía se debe investigar como un hallazgo anormal. Durante la valoración inicial es importante establecer el origen de la hemorragia, puesto que los sangrados vaginales, rectales o uretrales se manifiestan en forma similar. En este grupo de edad es más probable que el origen de la hemorragia sea la vagina y no el útero.

VALORACIÓN DE LA HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL

La obtención detallada de los antecedentes, una adecuada exploración física, examen citológico, ecografía pélvica y los análisis de sangre (biometría hemática, análisis de la subunidad β de la gonadotropina coriónica humana y hormona estimulante de la tiroides) son los primeros pasos para la valoración de la hemorragia uterina anormal.

La finalidad de estos exámenes es excluir una enfermedad sistémica, embarazo o enfermedad trofoblástica. Entre 80 y 90% de las mujeres con cáncer endometrial manifiesta hemorragia uterina anormal. La frecuencia y el riesgo de carcinoma endometrial aumentan con la edad y 75% de las mujeres con este tipo de cáncer se encuentra en la etapa posmenopáusica. Por lo tanto, en las mujeres posmenopáusicas es mayor la necesidad de excluir la posibilidad de cáncer y se debe realizar una biopsia endometrial.

I. HISTORIA CLINICA

Debe de incluir las características del sangrado, como el momento de aparición, duración, frecuencia, cantidad y patrón de sangrado. Además se debe describir la presencia de dolor asociado, leucorrea, fiebre, náuseas y vómitos. Se debe descartar un origen distinto del sangrado, como el tracto gastrointestinal o el sistema urinario. Si la mujer está en edad reproductiva, se debe interrogar sobre relaciones sexuales y uso de anticonceptivos, para determinar la probabilidad de embarazo. También se deben de tener en cuenta posibles síntomas de menopausia en aquellas pacientes indicadas y por ultimo no se pueden obviar los antecedentes familiares de cáncer ginecológicos.

II. EXPLORACIÓN FÍSICA

En primer lugar se debe asegurar la estabilidad hemodinámica de la paciente. Si no se requieren medidas inmediatas de reanimación, se debe prestar atención al abdomen y a la pelvis de la paciente. La exploración abdominal pondrá de relieve la presencia de un abdomen agudo que requiera la intervención quirúrgica inmediata, masas abdominales o en útero agrandado e irregular sugieren miomas. Las lesiones vulvares y vaginales atróficas e inflamatorias se pueden visualizar, así como pólipos cervicales y las lesiones invasivas del carcinoma cervical.

III. EXAMEN CITOLÓGICO

Tanto el cáncer cervicouterino como el endometrial pueden causar hemorragia uterina anormal, pero la citología vaginal muestra datos que apoyan estos diagnósticos. El resultado citológico anormal más frecuente es la patología de las células escamosas y reflejan cervicitis, neoplasia intraepitelial o cáncer. Con menos frecuencia se observa atipia glandular o células endometriales. Cualquiera de éstos sugiere la causa de la hemorragia y, con base en los resultados citológicos, probablemente está indicado realizar estudios colposcópicos, biopsia endometrial o ambos.

IV. ESTUDIOS DE LABORATORIO

La biometría hemática es útil para buscar anemia por hemorragia crónica y calcular el volumen de sangre perdida en las mujeres con menorragia. La concentración sérica reducida de ferritina significa que la paciente ha perdido más de 80 ml por ciclo menstrual. Las complicaciones del embarazo se excluyen rápidamente midiendo las concentraciones séricas o urinarias de gonadotropina coriónica humana. En las mujeres con menorragia y sin otras causas evidentes se debe buscar algún trastorno de la coagulación, sobre todo en las adolescentes con menorragia. Se deben estudiar el tiempo parcial de tromboplastina, el tiempo de protrombina, el tiempo de sangrado, la cuenta plaquetaria y ciertas pruebas especiales para identificar enfermedad de von Willebrand. En una paciente peri menopáusica puede ser necesario determinar los niveles actuales de hormonas (hormona folículo-estimulante, estradiol).

V. PRUEBAS DE IMAGEN ECOGRAFIA PELVICA

Esta se ha convertido en parte integral de la exploración ginecológica que se puede realizar tanto por vía transvaginal como transabdominal. Esta puede agregar muchos detalles

al momento de la exploración como una exploración del recubrimiento uterino, amplitud y regularidad, presencia de fibromas intramurales y submucoso, pólipos intrauterinos y masas anexiales.

HISTEROGRAFIA PELVICA

Es una modificación de la ecografía pélvica y se realiza después de inyectar solución salina mediante un catéter por el orificio cervicouterino y se distiende el útero. Posteriormente se lleva a cabo la ecografía utilizando la técnica transvaginal normal. Este método permite observar los tumores que suelen acompañarse de hemorragia uterina anormal como pólipos endometriales, miomas submucosos y coágulos sanguíneos intracavitarios.

HISTEROSCOPIA

En esta técnica se introduce un endoscopio óptico, en la cavidad endometrial. A continuación se distiende la cavidad uterina con solución salina o algún otro medio de contraste. Además de inspección y la biopsia endometrial permite establecer el diagnóstico histológico de las áreas anormales y se ha demostrado que es un método seguro y preciso para identificar patologías. La ventaja principal de la histeroscopia es identificar lesiones intracavitarias como

leiomiomas o pólipos que se pueden pasar por alto con la ecografía transvaginal o las muestras endometriales.

VI. OTROS ESTUDIOS.

BIOPSIA DEL ENDOMETRIO

La valoración histológica de una muestra de endometrio en una mujer con hemorragia anormal permite identificar infecciones o lesiones neoplásicas como hiperplasia endometrial, cáncer, pólipos o neoplasia trofoblástica gestacional. Incluye el uso de cureta Novak, cureta Duncan y cureta Pipelle. Con estos instrumentos no se requiere la dilatación cervical.

DILATACIÓN Y LEGRADO

Por muchos años se ha considerado como el método de referencia para el diagnóstico de la hemorragia uterina anormal. Se puede realizar bajo anestesia local o general de manera ambulatoria; sin embargo es un procedimiento a ciegas y su precisión es debatible.

VII. DIAGNOSTICO

DIFERENCIAL

Se podría dividir estas causas externas como lo son el uso de dispositivos intrauterinos, tratamiento de sustitución hormonal, tamoxifeno.

Casi en 50% de los casos no es posible identificar patología orgánica alguna y en tales casos se establece el diagnóstico de

exclusión de hemorragia uterina disfuncional. En 80 a 90% de estos casos, la hemorragia es consecuencia de una disfunción del eje hipotálamo-hipófisis-ovario, generando anovulación.

VIII. TRATAMIENTO ADOLESCENTES Y MUJERES JOVENES

Ya que durante la adolescencia es muy frecuente que los primeros ciclos menstruales sean anovulatorios, no es poco común que la menstruación sea irregular y la explicación a las pacientes es todo lo que se requiere; sin embargo no se puede obviar la exploración física, ecografía pélvica y los análisis de sangre básicos para excluir un embarazo u otros trastornos. Para todas las pacientes se les puede iniciar con el uso de anticonceptivos orales, excepto en aquellos casos que requieran de legrados.

MUJERES

PREMENOPAUSICAS

En este periodo debe de tenerse mayor cuidado en descartar otras patologías debido a la posibilidad de cáncer de endometrio, razón por la cual a este grupo de mujeres se les debe de completar los estudios con histeroscopia y biopsia endometrial, si esta persiste con los sangrados ameritará de valoraciones adicionales.

MEDIDAS QUIRURGICAS

Para las pacientes que a pesar del tratamiento hormonal y que además presentan anemia y su calidad de vida se ve comprometido, la dilatación y legrado detendrán por un tiempo el sangrado. Además si estos síntomas persisten será posible un procedimiento mínimamente traumático como la ablación endometrial, sin embargo si estos procedimientos mínimamente traumáticos no lograron su objetivo o si la paciente desea una solución definitiva, será posible una histerectomía.

HEMORRAGIA POSMENOPAUSICA

Que esta se puede definir como un sangrado que ocurre luego de 12 meses de amenorrea. Las concentraciones de la hormona Foliculo estimulante (FSH) es de gran utilidad para el diagnóstico de amenorrea menopáusica, ya que valores de FSH >30mIU/ML es indicación de menopausia. Ningún tipo de sangrado debería de ocurrir en la menopausia, aunque los trastornos patológicos son más frecuentes y de estas la que se presenta mayormente es por el uso de hormonas exógenas.

TUMORES DEL APARATO REPRODUCTOR

Estas corresponden a diagnósticos diferenciales en cuanto a las causas orgánicas, la cual incluye: hiperplasia endometrial,

pólipos endometriales, cáncer de endometrio, cáncer cervical, sarcomas uterinos entre otros. Se realizara una biopsia del tejido afectado, legrado endocervical y cualquier otra técnica de muestreo. La histeroscopia puede localizar pólipos o fibromas. En raras ocasiones los episodios recurrentes de sangrado postmenopáusico requiere de histerectomía.

RESUMEN

El ciclo menstrual se considera normal cuando el sangrado uterino ocurre cada 21 a 35 días y no es excesivo. La duración normal del sangrado menstrual es de entre dos y siete días. La hemorragia uterina anormal se produce cuando la frecuencia o cantidad de sangrado uterino difiere de los parámetros indicados o cuando la

mujer presenta sangrado entre sus períodos menstruales, este puede ser causado por una variedad de factores. Las dos causas más comunes son las anomalías estructurales del sistema reproductivo y los trastornos de la ovulación. Las mujeres posmenopáusicas deben buscar atención inmediata de un médico si experimentan sangrado, ya que las causas de la hemorragia y las inquietudes son diferentes de las de las mujeres en edad reproductiva.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ahued, R., & Fernandez del Castillo, C. (2003). Ginecología y Obstetricia aplicadas. Mexico D.F: El Manual Moderno, S.A.
2. American Society for Reproductive Medicine. (2013). Sangrado Uterino Anormal. Birmingham, Alabama: American Society for Reproductive Medicine.
3. Bankowski, B., Hearne, A., & Lambrou, N. (s.f.). Johns Hopkins Ginecología y Obstetricia. Baltimore: MARBAN.
4. DeCherney, A., Nathan, L., Laufer, N., & Roman, A. (2014). Diagnostico y Tratamiento Ginecoostetricos. Mexico D.F: McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A.
5. Fritz, M., & Speroff, L. (2001). Endocrinología Ginecologica Clinica y Esterilidad. Williams-Wilkins.
6. Gomez Sanches, I. (2007). Hemorragia Uterina Anormal en la Mujer, Enfoque Básico. Revista Colombiana de Enfermería, 37-40.
7. Schorgen, J., Schaffer, J., Halvorson, L., Hoffman, B., Bradshaw, K., & Cunningham, G. (2009). Williams Ginecología. Mexico D.F: McGraw - Hill Interamericana editores S.A.
8. Smith, R. (2009). Netter's Obstetric and Ginecology. Philadelphia: ELSEVIER.