

## SANGRADO UTERINO ANORMAL

\*Dra. Nancy Heidy. Montes Montaña; \*Dr. José Luis López Ferrufino; \*Dr. Eduardo Hugo Vargas Cassab  
\* Médicos Familiares Policlínico Miraflores

### DEFINICIÓN

El sangrado uterino anormal es uno de los motivos más frecuente de consulta en atención primaria.

El ciclo menstrual es la pérdida hemática transvaginal espontánea y periódica resultado de la descamación endometrial posterior a la ovulación, ésta puede ser a intervalos de 24 a 32 días, con duración de 3 a 7 días y con pérdida sanguínea de 33 a 88 mL.

La hemorragia del endometrio sin relación con lesiones anatómicas del mismo se denomina sangrado uterino anormal (SUA)

### EPIDEMIOLOGÍA

El SUA puede ocurrir a cualquier edad. Se presenta en un 25% en adolescentes y en un 50% en mujeres mayores de 40 años, llegando al 25% de las cirugías ginecológicas.

### ETIOPATOGENIA

#### **Mujeres entre los 20 y 30 años**

Una causa común del sangrado anormal en mujeres jóvenes y adolescentes es el embarazo. Muchas mujeres tienen sangrado en los primeros meses de un embarazo normal.

Las píldoras o el dispositivo para el control de la natalidad también pueden causar sangrado anormal. Si durante un ciclo menstrual no se ovula, se podría tener un sangrado anormal; ya sea un manchado ligero entre períodos o un flujo fuerte durante el período.

#### **Mujeres entre los 40 y 55 años**

En los años antes de la menopausia las mujeres tienen meses cuando no ovulan. Esto puede causar sangrado uterino anormal. El engrosamiento del endometrio es otra cause de sangrado en las mujeres en la cuarta década de vida. (puede ser una señal de aviso de cáncer del útero, importante asegurarse de que el cáncer uterino no es la causa de sangrado anormal)

#### **Mujeres después de la menopausia**

La terapia de reemplazo hormonal con frecuencia es la causa del sangrado uterino después de la menopausia. Otras causas incluyen un endometrio engrosado y el cáncer uterino.

### FISIOPATOLOGIA

No se conoce con precisión el mecanismo mediante el cual se produce el sangrado uterino anormal, para algunos tumores específicos como los miomas las explicaciones más frecuentes se basan en las teorías de Sampson (1912), quien sugiere alteraciones locales sobre la vascularidad uterina.

Recientemente se han demostrado alteraciones en el: factor de crecimiento de fibroblastos, factor de crecimiento endotelial vascular, factor de crecimiento epidérmico ligado a la heparina, factor de crecimiento derivado de plaquetas, factor de crecimiento beta-transformador proteína relacionada con la hormona paratiroidea y la prolactina, en este último, la deficiente maduración y formación del cuerpo lúteo y a consecuencia de esto una menor producción de progesterona.

### CLASIFICACIÓN

#### **1. Hemorragia uterina anormal sin ovulación**

##### • **Centrales.**

- Alteración funcional y orgánica.
- Poliquistosis ovárica.
- Inmadurez del eje hipotálamo – hipófisis
- Factores psicógenos.
- Estrés, ansiedad, traumas emocionales.
- Factores neurógenos.
- Fármacos psicotrópicos y farmacodependencia.
- Administración de esteroides exógenos

##### • **Intermedias.**

- Enfermedades crónicas.
- Enfermedades metabólicas, endocrinas.
- Alteraciones nutricionales

##### • **Del órgano blanco o periféricas.**

- Ováricas:
- Quistes funcionales

- Tumores funcionales

## 2. Fisiológicas. De acuerdo a la edad en que se presenta.

- Puberal.
- Reproductiva.
- Menopáusica.

## MANIFESTACIONES CLINICAS

El SUA incluye alteraciones en el patrón de sangrado uterino que se presenta en cada ciclo menstrual normal, además del impacto en la vida de la paciente, por ejemplo: fatiga, anemia, impedimento para realizar las actividades cotidianas. Los patrones de sangrado se ven fuertemente afectados por la edad de la paciente y el método de planificación familiar y si padece alguna enfermedad sistémica.

## TIPOS DE SANGRADOS UTERINOS ANORMALES

**Hipermenorrea:** sangrados uterinos regulares, de duración normal, pero en cantidad excesiva (mayor de 80 ml).

**Menorragia:** pérdida ginecológica excesiva, con características de hemorragia importante, de duración prolongada y que aparece a intervalos regulares.

**Metrorragia:** sangrado uterino que aparece fuera del período menstrual de cantidad variable.

**Sangrado uterino (spotting):** sangrado escaso que se produce entre dos períodos normales. Puede ocurrir luego de la ovulación durante un ciclo normal debido a la caída post-ovulatoria que normalmente sufren los estrógenos, durante la toma de anticonceptivos orales (por dosis estrogénica insuficiente) o bien a causa de una cervicitis por Chlamydia.

**Polimenorrea:** patrón de sangrado periódico y regular, pero con una frecuencia menor a 21 días.

**Hipomenorrea:** sangrados uterinos regulares, de duración normal, pero en cantidad reducida.

**Oligomenorrea:** patrón de sangrado periódico y regular, pero con una frecuencia mayor a 35 días.

**Sangrado de la post menopausia:** sangrado uterino que sucede luego de un año de la última menstruación (menopausia).

**sangrado de las niñas:** si se produce antes de los 9 años debe considerarse anormal.

## DIAGNÓSTICO

- Historia clínica
- Exploración física
  - Descartar embarazo
  - Descartar patología uterina
- Exámenes complementarios:
  - Biometría hemática completa
  - Ultrasonografía de preferencia endovaginal
  - Citología cervicovaginal
  - Biopsia de endometrio

*En caso de anovulación:*

- Explorar tiroides
- Determinar prolactina

*En caso de Hirsutismo*

- Determinar: estradiol, LH y FSH, progesterona del día 21 del ciclo, prolactina, dehidroepiandrosterona, testosterona, sulfato de dehidroepiandrosterona, androstenediona, cortisol las 08 h AM, ACTH.

*En caso de obesidad*

- Solicitar:FSH; LH, estradiol

Otros exámenes:

- Pruebas específicas para la enfermedad de Von Willebrand
- Pruebas específicas para coagulación intravascular diseminada.

## DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Patología vulvar como ser, traumatismo, condilomas, várices, atrofia, etc.

Problemas y alteraciones de los tractos urinario y gastrointestinal

## TRATAMIENTO

Los primeros pasos del manejo de una paciente con sangrado ginecológico anormal se refieren a evaluar su estabilidad hemodinámica y a determinar si está o no embarazada.

### **Manejo no quirúrgico:**

a) Antiinflamatorios no esteroideos: actúan sobre las prostaglandinas, disminuyendo la cantidad de sangrado.

- ácido mefenámico 500mg cada 8 horas

- ibuprofeno 200mg cada 8 horas.

b) Si la paciente desea anticoncepción: ACO (anticonceptivos orales) por seis meses a un año.

c) Si la paciente no desea anticoncepción, medroxiprogesterona 10mg/día durante los últimos diez a doce días del ciclo (ej. del día 15 al 25) repetir el tratamiento todos los meses. Si la paciente tiene anemia, se debe indicar terapia con hierro.

#### **Manejo quirúrgico:**

a) La histerectomía constituye el tratamiento clásico en pacientes con paridad satisfecha  
 b) Agonistas antagonistas de la Ngr.: generan una disminución de la esteroidogénesis ovárica (estado de menopausia reversible, con una atrofia endometrial reversible así como la disminución del tamaño de los leiomiomas también reversible y disminución de sangrado) por períodos no mayores de 6 meses.

c) Láser NdYAG :costo muy elevado y no se tiene al alcance fácilmente.

d) Resección de la patología endometrial por vía histeroscópica ya sea miomectomía o polipectomía (resultados satisfactorios hasta en un 84% de las pacientes).

#### **CRITERIOS DE TRANSFERENCIA**

Según patología subyacente encontrada:

Transferir a ginecología para control y tratamiento quirúrgico.

Transferir al Endocrinólogo en caso de microadenoma hipofisiario con agentes dopaminérgicos.

Transferir al Neurocirujano en el caso de presentar prolactinoma con compresión del quiasma óptico.

#### **REFERENCIAS**

1. Dreyer, C, Disciaciatti, V, Sangrados ginecológicos normales, Evidencia Actualización en la Práctica Ambulatoria Mayo-Junio 2001; 4(3).
2. Fuentes JA, Aragón HJP, Sangrado Uterino Anormal (y el endocrinólogo), Endocrinol Nutr 2005; 13(1): 39-46.
3. Aedo S, Porcile A, Sangrado uterino anormal implicancias de la TRH, Congreso Latinoamericano de Ginecología, Argentina 2001.
4. Caja Costarricense de Seguro Social, Tratamiento de Sangrado Uterino Anormal Terapéutica Clínica-Asesoría Terapéutica 2005; 20.
5. Ablación de endometrio en el sangrado uterino, Medicina Universitaria 1999; 1(3).
6. Noriega J, Mendoza U. Enfoque de la hemorragia uterina anormal en adolescentes, red UNAB 2003.
7. Argen Stewart EA, Nowak RA. Leiomyoma related bleeding: a classic hypothesis updated for the molecular era. Hum Reprod 1996; 2: 295-306.
8. Dawodd V, Med M, Sabin N. Growth factors and leiomiomas. Infertility and Reproductive Medicine Clinics of North America 1996: 5-18.
9. Rogers PA, Lederman F, Kooy J, Taylor NH, Healy DL. Endometrial vascular smooth muscle estrogen and progesterone receptor distribution in women with and without menorrhagia. Human Reprod 1996; 11: 2003-2008.
10. Brenner PF. Introduction to management of bleeding disorders in women: the role of the obstetricians-Gynecologist. Am J Obstet Gynecol 1996; 175: 761-776.