

GINECOLOGIA

SANGRADO UTERINO POSTMENOPAUSICO

Evelyn Sandoval Picado*

SUMMARY

Postmenopausal bleeding is a common complaint in general medicine practice. The bleeding could be a warning sign because approximately 10% of women who presents postmenopausal bleeding have endometrial cancer; however most of the causes are benign. The endometrial cancer represents the most common gynecological malignancy and it is why the approach must be direct to rule out cancer and perform early diagnosis, to offer the patients individualized treatment. It is essential to recognize the risk factors for endometrial cancer, because

the patients with high suspicion may have to be referred immediately to specialist. The transvaginal ultrasound has a similar sensitivity to endometrial biopsy. (14) With an endometrial thickness of less than 3mm cancer can be excluded with a high degree of confidence; the chances of finding endometrial cancer in a woman with postmenopausal bleeding with endometrial thickness less than 4mm is reported as 0,8 per cent. (14, 6)

INTRODUCCION

El Sangrado postmenopáusico

es aquel que se presenta después de un año de amenorrea en una mujer en edad postmenopáusica. Se ha convertido en un problema común tanto en la atención primaria como hospitalaria. El Sangrado postmenopáusico es frecuentemente causado por anormalidades del endometrio, ya sean benignas o malignas, teniendo una incidencia tan alta como 10% en la población en general. (3,12) Aproximadamente 10% de las mujeres que experimentan sangrado postmenopáusico presentaran cáncer endometrial, sin embargo a pesar de ser un síntoma alarmante, la mayoría de las causas suelen ser benignas.

* Médico General.

(14) Por ello el objetivo de las investigaciones debe enfocarse en realizar la exclusión de malignidad (4), siendo el cáncer endometrial la neoplasia ginecológica más frecuente en países desarrollados. Es importante detectar los factores de riesgo al conformar la historia clínica, por ejemplo: edad (60-70 años), menopausia tardía, síndrome de ovario poliquístico, hiperplasia endometrial, nuliparidad, diabetes, terapia de reemplazo hormonal, uso de tamoxifeno, obesidad, historia familiar de cáncer endometrial y síndrome de Lynch. (5,3,8) La Obesidad incrementa el riesgo de cáncer endometrial de 4-10 veces ya que se incrementa la conversión de esteroides a estrógenos en grasa periférica y se reduce la globulina fijadora de hormonas sexuales. (14)

CAUSAS

Una mujer postmenopáusica puede experimentar sangrado uterino por una simple ovulación después de 1 año de amenorrea. Usualmente las mujeres que toman tratamiento hormonal en dosis combinadas de estrógeno y progesterona experimenten sangrados o manchados durante los primeros meses.

a) Desbalance hormonal: puede causar períodos de amenorrea. Ciclos anovulatorios crónicos, tumores de ovarios

productores de estrógeno o TRH pueden causar un hiperplasia endometrial que pueden ser un riesgo para sangrado y cáncer endometrial. (8)

b) Atrofia endometrial: se caracteriza por un endometrio delgado (<4mm). Con la ausencia de estrógenos después de la menopausia, la capa funcional se vuelve inactiva y se atrofia, dejando en exposición los vasos endometriales superficiales. (13)

c) Pólipos endometriales: son protrusiones usualmente benignas causantes de menometrorragias. Estos crecimientos hiperplásicos se localizan en las glándulas y el estroma endometrial, pueden ser únicos o múltiples.

d) Leiomiomas uterinos: la mayoría son tumores benignos conformados por músculo liso del miometrio. La clínica que usualmente hace consultar es la presencia de hemorragia (no relacionada con la menstruación) y dolor pélvico.

e) Coagulopatías: pueden estar asociadas a alteraciones en cualquiera de las tres fases del proceso de coagulación, pero la más frecuente es la relacionada con alteraciones de la proteína puente de la adhesión plaquetaria o a la enfermedad de Von

Willebrand (11-20% de Sangrados). (15)

f) Hipertiroidismo: asociado con anovulación y trastornos menstruales. Aumento de T4 incrementa la síntesis de SHBG (globulina fijadora hormonas sexuales) en el hígado llevando a una disminución E2 libre.

g) Hipotiroidismo: disminución de secreción gonadotrofinas y por ende de E2 y SHBG, lo que trae como consecuencia amenorrea secundaria y atrofia endometrial.

h) Cáncer endometrial: histológicamente, el adenocarcinoma es el tipo más común. Los carcinomas mucinosos tienen un pronóstico favorable similar al adenocarcinoma. Dentro de los tipos celulares los más agresivos son los carcinomas de células escamosas y los indiferenciados. El factor de riesgo más importante es la sobre exposición a los estrógenos. (2)

MÉTODOS DIAGNOSTICOS

El objetivo de la examinación e investigación de las mujeres que presentan Sangrado Uterino Postmenopáusico es principalmente para identificar una posible malignidad y condiciones benignas que requieran

tratamiento. Es importante realizar una completa historia clínica que incluya detalles como la duración y severidad del sangrado, uso de medicamentos hormonales, antecedentes gineco-obstétricos y heredo-familiares (14). Si existe alta sospecha de neoplasia endometrial la paciente debe ser referida de inmediato a un ginecólogo-oncólogo para completar estudios pertinentes y su manejo. Ultrasonido transvaginal: test no invasivo, posee similar sensibilidad que la biopsia endometrial y puede ser utilizado cuando no se dispone de biopsia endometrial o no fue posible un diagnóstico. Permite además visualizar las estructuras anexas. Histerosonografía con infusión de solución salina: incrementa la sensibilidad del US para detectar pólipos y fibromas submucosos. Histeroscopia: permite la inspección directa del endometrio. Puede provocar complicaciones como perforación e infección, además posee un porcentaje de fallos en casos donde exista estenosis cervical o anomalías anatómicas. Biopsia endometrial: se obtiene una muestra de endometrio para conseguir un diagnóstico histológico. (14)

CONCLUSIONES

Es indispensable realizar una

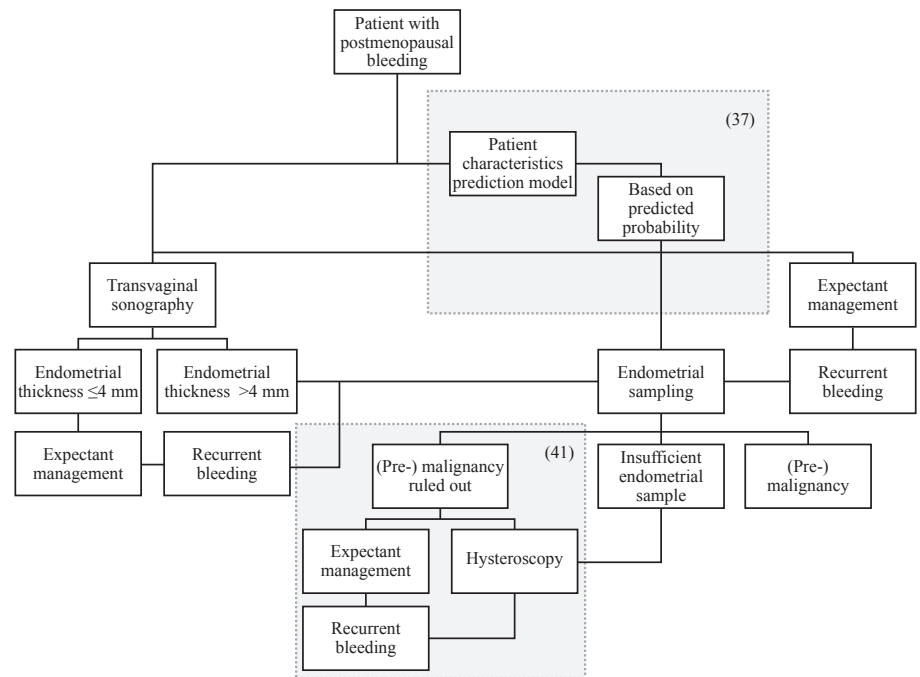


Figura 1. Posibles vías diagnósticas para Sangrado Postmenopáusico. Las áreas rodeadas con punteado requieren más estudios. (3)

completa evaluación de la mujer con sangrado postmenopáusico, identificando factores de riesgo en la historia clínica y examen físico que orienten a una posibilidad diagnóstica de malignidad. Pacientes con alta sospecha de cáncer deben ser referidas al especialista para iniciar estudios, los cuales tienen que ser individualizados para cada paciente. La mayoría de los autores concuerdan que se debe realizar en la consulta inicial un US transvaginal con un corte de grosor endometrial de 4mm. (6) La evidencia actual sugiere que las mujeres con un grosor endometrial mayor a 4mm y en quienes no es posible una evaluación

concluyente con ecografía deben tener una evaluación adicional con Biopsia endometrial. (6)

RESUMEN

El sangrado postmenopáusico es un problema común en general en la práctica médica. El sangrado es un signo alarmante ya que el 10% de las mujeres que lo presentan tienen cáncer endometrial. La neoplasia ginecológica maligna más común es el cáncer endometrial, es por esto que el abordaje debe ir dirigido a descartar una neoplasia para establecer un diagnóstico temprano y ofrecerles a las pacientes tratamiento individualizado. Es esencial reconocer los factores de

riesgo para cáncer endometrial, ya que las pacientes con alta sospecha deben ser referidas inmediatamente al especialista.

El ultrasonido transvaginal posee similar sensibilidad que la biopsia endometrial (14). El cáncer podría ser descartado con alta confiabilidad en un endometrio de menos de 3mm de grosor; la probabilidad de encontrar cáncer endometrial en una mujer con sangrado postmenopáusico y un endometrio de menos de 4mm de grosor se ha reportado como 0,8%. (14,6)

BIBLIOGRAFIA

1. Arias, J. (2009). Evaluación de la hemorragia uterina posmenopáusica mediante biopsia de endometrio. *Ginecol Obstet Mex*, 504-507.
2. Blair, A. R. (2009). *Gynecologic Cancers*. Elsevier, 115–130.
3. Breijer, M. (2010). Diagnostic Strategies for Postmenopausal Bleeding. *Obstetrics and Gynecology International*, 1155.
4. David F, A. (2011). Endometrial bleeding in postmenopausal women: with and without hormone therapy. *The Journal of The North American Menopause Society*, 416-420.
5. David L, M. (2010). How best to manage dysfunctional uterine bleeding. *The Journal Of Family Practice*, 449-457.
6. Gale, A. (2009). Postmenopausal Bleeding. *Menopause International*, 160-163.
7. Hanegan, N. (2010). Diagnostic evaluation of the endometrium in postmenopausal bleeding: evidence-based approach. *Elsevier*, 155-164.
8. Harvard College. (2011). Abnormal Uterine Bleeding in Peri- and Postmenopausal Women. *Harvard Women's Health Watch*, 4-6.
9. Hernández, I. (2008). Engrosamiento endometrial en mujeres posmenopáusicas: correlación clínica, por ultrasonido e histopatología. *Revista Mexicana de Medicina de la Reproducción*, 61-69.
10. Hsu, C.-Y. (2008). Assesment of postmenopausal bleeding. *International Journal of Gerontology*, 55-59.
11. Lund, K. J. (2008). Menopausia y transición menopáusica. *ELSEVIER*, 1253-1271.
12. Marret, H. (2010). Clinical Practice guidelines on menorrhagia: management of abnormal uterine bleeding before menopause. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 133-137.
13. Mihmanli, I. (2008). Postmenopausal Bleeding. *Ultrasound Clin* , 391–397.
14. Munot, S. (2008). Modern Management of Postmenopausal bleeding. *Trends in Urology Gynaecology & Sexual Health*, 20-24.
15. Pérez, L. E. (2007). Hemorragia Uterina Anormal, Enfoque Basado en Evidencias. *Revisión Sistemática. Revista Med*.