

GINECOLOGÍA

HEMORRAGIA
POSTMENOPÁUSICA

Glenda Clachar Hernández*

SUMMARY

The PMB is a very common cause of gynecological consultation, due to the current population behavior diagnosis is growing. The assessment is a method that includes specific characteristics of each patient, physical examination and assessment in all the different diagnostic tests available. The TVUS for their specificity to detect endometrial pathology, we determine the diagnosis and identification plan of severe disease.

SANGRADO
POSTMENOPÁUSICO

El sangrado posmenopáusico (SPM), se define como la pérdida de sangre al menos 12 meses después de la menopausia, siendo una causa muy frecuente de consulta en la práctica ginecológica.^{8,2} Cerca de 25 millones de mujeres pasan por la menopausia cada año, se calcula que para el año 2030 la población mundial de mujeres aumente a 1,2 millones con un incremento anual de 47 millones de casos nuevos. El SPM es a menudo causado por anomalías del endometrio, de origen benigno

o maligno. De las mujeres postmenopáusicas que presentan este síntoma, el 10% -15% presentan carcinoma endometrial. En 40% prevalecen los pólipos endometriales, caracterizado por un engrosamiento del endometrio.^{14,11}

EVALUACIÓN

Historia clínica y examen físico son primordiales para identificar la causa del sangrado. La historia debe incluir: dolor, fiebre, dispareunia, síntomas urinarios, antecedentes familiares de cáncer ginecológico y factores de riesgo específicos para cáncer

* Médico Cirujano General. Servicio de Emergencias. Hospital Calderón Guardia.

Tabla 1

Causas de Sangrado Postmenopáusico

Pólipos Endometriales, cervical	2-12%
Hiperplasia Endometrial	5-10%
Carcinoma Endometrial	10%
Estrógenos Exógenos	15-25%
Atrofia Vagina	60-80%

Tabla 2

Factores de Riesgo para Cáncer de Endometrio

Aumento de la edad
Terapia de Estrógenos
Menopausia Tardía
Nuliparidad
Anovulación Crónica
Obesidad
Diabetes Mellitus
Síndrome de Lynch
Terapia de Tamoxifeno
Menarca Tempran
Tumor secretos de Estrógeno
Historia familiar de cáncer de endometrio, ovario, mama y colón

endometrial. La exploración incluye la búsqueda de masas en el abdomen, especuloscopia para identificar tumores de la vulva, vagina, cuello uterino, vaginitis atrófica y pólipos cervicales. El examen bimanual se debe realizar identificando el tamaño del útero, movilidad, posición y masas anexiales. El papanicolau deber realizarse a todas las pacientes como parte de evaluación inicial.^{7,5,1}

ESTRATEGIA PARA DIAGNÓSTICO

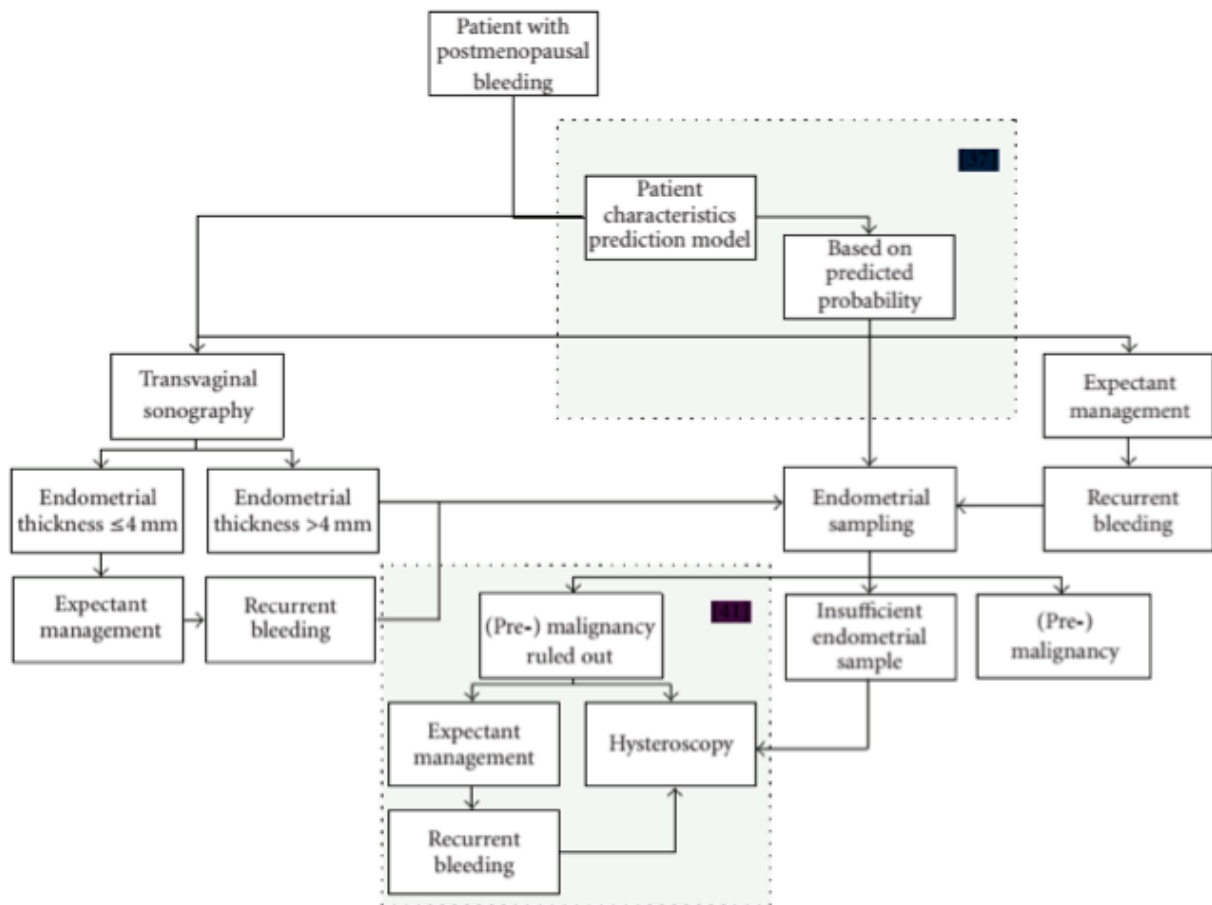
Los clínicos combinan secuencias diagnósticas y las probabilidades de enfermedad se estiman normalmente de una manera jerárquica, mediante la combinación de información de la historia y las características de los pacientes, seguido de resultados de pruebas adicionales. Los estudios de precisión de la efectividad de pruebas no toman en cuenta esta estrategia clínica. Usualmente el diagnóstico se basa en un examen aislado sin tener en combinación todas las características propias de cada paciente, lo cual induce a un diagnóstico exagerado.⁴ Clark estableció un orden secuencial, basado en 12 estrategias para la investigación inicial de SPM, descartando progresivamente patología de mayor riesgo. El ultrasonido transvaginal (USTV) es una prueba diagnóstica para determinar cual mujer debe realizarse histeroscopia y biopsia endometrial. Al determinar por USTV un endometrio menor de 4mm de espesor, el riesgo de patología endometrial es mínimo, donde la biopsia no se recomienda.^{13,10} En presencia de un endometrio con espesor de 5mm, la sensibilidad para detectar patología endometrial es de 92% y la sensibilidad para cáncer es de 96%. El USTV tiene una sensibilidad similar a

la biopsia endometrial, donde su uso es justificado ante la no disponibilidad de realizar la biopsia. Además una ventaja adicional del USTV es la detección de patología anexial.¹⁶ La histerosonografía, consiste en la instilación por medio de un catéter con solución salina un volumen de 5 – 10 cc en la cavidad uterina, con el fin de incrementar la sensibilidad de la ecografía en la detección focal de lesiones endometriales (pólipos, fibromas submucosos).⁶ La histeroscopia ambulatoria ha sustituido la dilatación y raspado uterino hospitalario. Siendo un método diagnóstico seguro en la investigación del SPM. El procedimiento consiste en la introducción de un fibroscopio flexible, permitiendo la visualización del endometrio directamente y se puede tomar la biopsia en forma dirigida. Al ser un procedimiento 100% ambulatorio, tiene baja incidencia de complicaciones. La técnica quirúrgica puede ser difícil al presentarse estenosis cervical, anomalías anatómicas y factores propios de las pacientes como la ansiedad, dolor con su intolerancia al procedimiento. Las complicaciones más frecuentes son la perforación y la sepsis.⁹

TRATAMIENTO

Este depende de la causa

Figura 1
Guía Secuencial para el Diagnóstico de Sangrado Postmenopáusico.^{15,1}



específica que lo esté generando, en caso de atrofia vaginal está indicado el uso de cremas, anillos y tabletas vaginales, la cuales contienen diferentes dosis de estrógenos, con el fin de mejorar los síntomas como la resequeidad vaginal, disconfort coital, pero no revierten los cambios atróficos.^{20,3,12} En presencia de hiperplasia endometrial sin atipia, se utiliza la terapia a base de progestágenos por periodos continuos de 3- 6 meses o cíclicos de 12 días cada mes. Cuando hay presencia de atipia se debe realizar histerectomía con o sin

salpingooferectomía.^{18,17} En caso de pólipos endometriales o cervicales lo precedente es realizar la polipsectomía del caso.

RESUMEN

El SPM representa una causa de consulta ginecológica muy frecuente, debido al comportamiento poblacional actual su diagnóstico es cada día mayor. La evaluación consiste en un método que incluya características específicas de cada paciente, examen físico y una valoración en conjunto de las

diferentes pruebas diagnósticas disponibles. El USTV por su especificidad para detectar patología endometrial, nos determinará el plan diagnóstico y la identificación de enfermedad grave.

BIBLIOGRAFÍA

1. Albers J et al. Abnormal Uterine Bleeding. American Family Physician. 2004; 69: 1915-26
2. Astrup K, Olivarius NF. Frequency of spontaneously occurring postmenopausal bleeding in the general population. Acta Obstet

- Gynecol Scand 2004;83 (Feb (2)):203-7.
3. Bachmann G, Santen RJ. Treatment vaginal atrophy. In: UpToDate, Barbieri, RL (Ed), UpToDate, Waltham, MA, 2012
 4. Breijer M. et al. Review Article - Diagnostic Strategies for Postmenopausal Bleeding. *Obstetrics and Gynecology International* Volume 2010 (2010)
 5. Buchanan E et al. Endometrial Cancer. *American Family Physician*. 2009; 80: 1075-1080
 6. Cameron ST, Walker J, Chambers S, Critchley H. Comparison of transvaginal ultrasound, saline infusion sonography and hysteroscopy to investigate postmenopausal bleeding and unscheduled bleeding on HRT. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2001; 41: 291-4.
 7. Chen L .M et al. (2012, August 13). Endometrial Carcinoma: Epidemiology and risk factors. Retrieved September 2, 2012
 8. Clark T. J, Barton P, Coomarasamy,A, Gupta J, and Khan S, "Investigating postmenopausal bleeding for endometrial cancer: cost-effectiveness of initial diagnostic strategies," *BJOG*, vol. 113, no. 5, pp. 502-510, 2006.
 9. Clark TJ, Voit D, Gupta JK, et al. Accuracy of hysteroscopy in the diagnosis of endometrial cancer and hyperplasia: a systematic quantitative review. *JAMA* 2002; 288: 1610-21
 10. Coleman BG, Arger PH, Grumbach K, et al. Transvaginal and transabdominal sonography: prospective comparison. *Radiology* 1988; 168: 639-43
 11. Dijkhuizen F. P, Diagnosis of Uterine Cavity Abnormalities. *Studies on Test Performace and Clinical Value*, Utrecht University, Utrecht, The Netherlands, 2000.
 12. Giuntoli RL, Zacur HA. Management of Endometrial Hyperplasia. In: UpToDate, Goff, B (Ed), UpToDate, Waltham, MA, 2012.
 13. Gupta J.K, Chien P, Voit D, Clark T.J, and Khan K. S, "Ultrasonographic endometrial thickness for diagnosing endometrial pathology in women with postmenopausal bleeding: a meta-analysis," *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, vol. 81, no. 9, pp. 799-816, 2002.
 14. Lin H, Wu M.Y, Shyu M. K, Chen D, Tsai J. L, and Hsieh C. Y, "Clinical study of 381 postmenopausal bleeding patients," *Journal of the Formosan Medical Association*, vol. 92, no. 3, pp. 241-244, 1993.
 15. Opmeer B, Van Doorn H, Heintz A, Burger C, Bossuyt P, and Mol B, "Improving the existing diagnostic strategy by accounting for characteristics of the women in the diagnostic work up for postmenopausal bleeding," *BJOG*, vol. 114, no. 1, pp. 51-58, 2007.
 16. Smith-Bindman R, Kerlikowske K, Feldstein VA, et al. Endovaginal ultrasound to exclude endometrial cancer and other endometrial abnormalities. *JAMA* 1998; 280: 1510-17
 17. Stewart EA. Endometrial Polyps. In: UpToDate, Barbieri, RL (Ed), UpToDate, Waltham, MA, 2012.
 18. Stewart EA. Overview of treatment of Uterine Leiomyomas (Fibroids). In: UpToDate, Barbieri, RL (Ed), UpToDate, Waltham, MA, 2012.
 19. Timmermans A, Veersema S, Van Kerkvoorde T, et al., "Should endometrial polyps be removed in patients with postmenopausal bleeding?—an assessment of study designs and report of a failed randomised controlled trial (ISRCTN73825127)," *BJOG*, vol. 116, no. 10, pp. 1391-1395, 2009.
 20. Tsai MC, Goldstein SR. Office Diagnosis and Management of Abnormal Uterine Bleeding. *Clinical Obstetrics and Gynecology* 2012; 55: 635-650.