

GINECOLOGÍA

SANGRADO UTERINO ANORMAL

Jahaira Soto Cerdas*
 Silvy Alvaréz Umaña**
 Víctor Quirós Quirós***
 Marcela González Sáenz****

SUMMARY

Abnormal uterine bleeding is a common presenting symptom in the medical practice. A methodical history, physical examination, and laboratory evaluation may enable the physician to rule out causes and to find a diagnosis, which vary according to status reproductive. The etiologies of abnormal uterine bleeding should be classified using the PALM-COEIN system. Medical management should be the initial treatment for most patients, if clinically appropriate. Treatment includes medical or surgical options according to underlying

cause, response to initial treatment and patient's desire for future fertility.

INTRODUCCIÓN

El sangrado uterino anormal (SUA) afecta a una de cada 5 mujeres anualmente y puede presentarse en todas las edades. La prevalencia de SUA se incrementa con la edad, obteniéndose la mayor entre las adolescentes que apenas acaban de experimentar la menarca y las mujeres en años de perimenopausia. El SUA durante los años de la peri

y postmenopausia constituye el 70% de las consultas ginecológicas.¹³ SUA se define como cualquier cambio con respecto a la menstruación o al ciclo menstrual normal, ya sea en volumen, regularidad, frecuencia o duración. Puede definirse como crónico si se ha presentado en la mayoría de los últimos 6 meses o como agudo si se trata de cualquier episodio de sangrado abundante, el cual es de suficiente cantidad como para requerir intervención inmediata con el fin de evitar una pérdida sanguínea mayor.²

* Medico General.
 ** Medico General.
 *** Medico General.
 **** Medico General.

CAUSAS

En el 2011 la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) propuso un sistema de clasificación con una terminología estandarizada para definir las causas de SUA, la misma es respaldada por el Colegio Americano De Ginecólogos y obstetras. Con este sistema las causas se clasifican como “relacionadas a anomalía estructural uterina” y “no relacionadas a anomalía estructural uterina”. Se utiliza el acrónimo PALM-COEIN: Pólipo, adenomiosis, leiomioma, malignidad o hiperplasia, coagulopatía, disfunción ovulatoria, endometrial, iatrogénico, no clasificado.¹⁰

EVALUACIÓN

El objetivo al evaluar a una paciente con SUA debe ser el establecer la causa subyacente. Si la paciente no presenta deterioro clínico importante a causa del sangrado, se debe iniciar con una historia y un examen físico exhaustivos. En la historia se debe de indagar acerca del patrón, cantidad y extensión del sangrado. La cantidad se evalúa preguntando cuantas toallas sanitarias o tampones utiliza normalmente durante el periodo (menos de 21 es considerado normal) o con que frecuencia

requiere cambiar su toalla o tampón (cada 3 horas es lo usual). Sin embargo, en la práctica clínica la evaluación de la cantidad la mayoría de las veces termina siendo una opinión subjetiva de lo que la paciente considera “normal para su periodo menstrual”.¹¹ Es importante preguntar por el uso de medicamentos, ya sea actual o previo. Uso de métodos anticonceptivos, alimentación, ejercicio excesivo. Además número de embarazos, historia de dismenorrea, síntomas premenstruales, amenorrea, infertilidad o historia de dolor pélvico crónico. Se debe indagar además sobre historia familiar de alteraciones hematológicas, historia de trauma, historia sexual, síntomas de infección o de alguna enfermedad sistémica particularmente hematológica, hepática, tiroidea, adrenal o pituitaria.¹ El examen físico aportará información importante tendiente a dilucidar la causa del sangrado. Se debe evaluar cuidadosamente el tracto genital inferior de la paciente en busca de lesiones traumáticas como laceraciones, lesiones a nivel de vulva y vagina. Así mismo se debe realizar una especuloscopia para confirmar que el sangrado proviene del útero, evaluar la cantidad de sangrado, la presencia de coágulos o cualquier olor anormal y descartar la presencia de lesiones a nivel de cérvix uterino

o pólipos.¹³ Es importante realizar un examen de palpación bimanual para descartar irregularidades en la forma, tamaño, posición o movilidad del útero, sensibilidad a la palpación uterina o anexial, dolor pélvico o la presencia de masas ováricas.¹³

DIAGNÓSTICO

Lo primero que se debe realizar es excluir un embarazo en todas aquellas mujeres en edad reproductiva. La ACOG recomienda un conteo sanguíneo completo y la determinación de los niveles de hormona estimulante de la tiroides (TSH). En adolescentes con sangrado abundante o historia de desórdenes de sangrado está indicado incluir la determinación de tiempo parcial de tromboplastina y tiempo de protrombina con el fin de descartar alguna coagulopatía.¹³ Los niveles de prolactina en ayunas deben ser determinados en aquellas pacientes que refieren oligomenorrea, disminución en la libido o galactorrea y también se recomienda determinarlos en el caso de pacientes adolescentes. Es necesario repetir la prueba si el resultado es superior a 60 pg/ml para descartar un adenoma pituitario. Así mismo es importante determinar niveles de estradiol, FSH y LH en estas pacientes con el fin de ayudar a establecer la existencia de

una alteración a nivel del eje hipotálamo- hipófisis- ovario. La determinación de estas hormonas se realiza en el tercer día del ciclo menstrual, sin embargo en pacientes con ciclos irregulares, la misma puede llevarse a cabo sin importar el día del ciclo en que se encuentre la paciente. Una elevación en los niveles de FSH y LH asociado a una disminución en los niveles de estradiol correlacionan a una disminución en la reserva ovárica o una falla ovárica primaria.¹¹ Debe realizarse una citología cervical o papanicolau con el fin de descartar causas cervicales de sangrado y además una biopsia en caso de lesiones visibles, aún cuando la citología resulte negativa.¹ Los cultivos de secreciones son importantes en la evaluación inicial para descartar la presencia de una enfermedad de transmisión sexual, especialmente si la historia clínica sugiere alto riesgo.⁷ Aunque la incidencia de malignidad es baja en estas pacientes, la posibilidad de hiperplasia o malignidad debe ser considerada en las pacientes que se presentan con SUA. En cuanto a las pruebas de imágenes, la ACOG recomienda el ultrasonido transvaginal como prueba de primera línea. Es una buena herramienta para evaluar útero, endometrio y anexos. Se considera el instrumento de primera línea diagnóstica para

evaluación de patología uterina en mujeres premenopausicas con SUA. El mismo debería ser indicado en caso de hallazgos anormales al examen bimanual.¹¹ En las mujeres con sangrado postmenopáusico la evaluación inicial debería realizarse ya sea, con una biopsia endometrial o un ultrasonido transvaginal. En estas pacientes no se recomienda una biopsia si el grosor endometrial determinado por ultrasonido es ≤ 4 mm, debido a que tiene un valor predictivo negativo de 99% para carcinoma endometrial. Sin embargo en el caso de las mujeres premenopausicas el ultrasonido no ha demostrado predecir la presencia de hiperplasia o carcinoma endometrial de una forma confiable como ocurre con las mujeres en peri y post menopausia.⁷ En las pacientes premenopausicas el hallazgo repetitivo y no cíclico de un grosor endometrial que excede aproximadamente los 11 mm, requiere atención, especialmente en aquellas con factores de riesgo para carcinoma endometrial.⁷ Si se debe realizar el ultrasonido en una mujer menstruante con el fin de evaluar el revestimiento endometrial, debería realizarse los días 4 a 6 del ciclo menstrual, cuando el endometrio está en su mínimo grosor.³ Si se requiere una evaluación más exhaustiva de la arquitectura uterina se puede utilizar la histerosonografía. La

histerosonografía y el ultrasonido transvaginal son considerados medidas de primera línea en la evaluación de la patología uterina. Se ha sugerido que la histerosonografía es superior a la biopsia endometrial al diagnosticar patología en la mujer postmenopausica con SUA.¹³ La biopsia endometrial, es la prueba de primera línea en la evaluación por hiperplasia o malignidad en las pacientes que presentan SUA. Esta debe realizarse en mujeres mayores de 35 años en las que se sospeche sangrado por anovulación y en aquellas mujeres menores de 35 años con factores de riesgo, por ejemplo, obesidad mórbida, portadoras de síndrome ovárico poliquístico, anovulación crónica o están en tratamiento con tamoxifeno.⁹ La histeroscopia permite una total visualización de la cavidad uterina y el endocervix, lo cual contribuye a diagnosticar lesiones focales que pueden ser pasadas por alto con la biopsia endometrial, además permite la escisión o biopsia de las lesiones.¹³

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Aunque el síntoma de sangrado es el común denominador para todas las pacientes, el diagnóstico varía. La probabilidad diagnóstica puede sospecharse por la historia clínica, el examen

físico, la edad de la paciente y el estatus reproductivo. La causa más frecuente de sangrado en la adolescencia son los ciclos anovulatorios. En los primeros años posteriores a la menarca, algunas adolescentes pueden experimentar menstruaciones irregulares debido a inmadurez del eje hipotálamo hipófisis ovario y de forma subsecuente, ciclos anovulatorios.⁴ Así mismo debe ser considerada la posibilidad de un embarazo y alguna de sus complicaciones, enfermedades de transmisión sexual o aunque menos frecuente, patología del tracto reproductivo.² En el caso de las mujeres en edad reproductiva, la causa orgánica más frecuente de SUA son los miomas. Las lesiones focales intracavitarias pueden estar presentes es mas de un 56% de las pacientes con SUA refractario al tratamiento.¹¹ Sin embargo se debe considerar también la posibilidad de una complicación del embarazo, enfermedades crónicas, entre otros. Durante la perimenopausia, la cual abarca el periodo de los 4-8 años previos a la menopausia, el sangrado irregular es lo esperable, esto debido a niveles erráticos de hormonas y disminución en la frecuencia de las ovulaciones.⁶ En aquellas pacientes que se presentan con meno y metrorragia es necesario descartar patología orgánica y cáncer endometrial. Las pacientes postmenopausicas

presentan como causas de SUA, atrofia del tracto genital, pólipos endometriales e hiperplasia endometrial en orden de frecuencia.¹³ En este grupo el carcinoma endometrial es la malignidad más comúnmente diagnosticada, con una incidencia que varía de 1-24%.¹³

TRATAMIENTO

Después de excluir embarazo y malignidad, los objetivos del tratamiento para SUA incluyen regularización de los ciclos menstruales, disminución de la pérdida sanguínea y mejoramiento de la calidad de vida.⁴ El tratamiento médico incluye terapia no hormonal y terapia hormonal. En la terapia no hormonal se encuentran los AINES y el ácido tranexámico, agente fibrinolítico aprobado por la FDA en el 2009 como primer tratamiento no hormonal de menorragia, el cual previene la fibrinólisis endometrial. Se utiliza solo por 1-5 días durante la menstruación y es ideal para mujeres que no desean control de la natalidad o tratamiento hormonal.¹³ En el sangrado ovulatorio los AINES ayudan a controlar la menorragia modulando la producción de PGE2 y PGF2, ambas prostaglandinas vasodilatadoras. Inhibiendo la síntesis de prostaglandinas el sangrado disminuye en

aproximadamente 30%.⁵ Dentro de las terapias hormonales tenemos anticonceptivos combinados de estrógenos y progestinas (orales, transdérmicos y anillo vaginal), anticonceptivos con progestinas, ya sea oral o intrauterino, inyectables continuos, progestágenos cíclicos (oral o vaginal), danazol, estrógenos parenterales.⁸ Los agonistas de GnRH especialmente tienen un rol si la paciente presenta anemia importante o previa cirugía.⁸ Los ACOS son considerados la primera línea de tratamiento en mujeres con SUA sanas, no fumadoras, perimenopausicas.¹² El tratamiento debe continuarse por 3 meses para obtener resultados más efectivos.¹³ En cuanto al manejo quirúrgico, este se reserva para aquellos casos en que la terapia médica falla o está contraindicada. Las opciones son variadas y dependen de la etiología del SUA, entre ellas está la histeroscopia, la histerectomía, miomectomía, embolización arterial uterina y la ablación endometrial.³

RESUMEN

El SUA es una patología ginecológica frecuente la cual puede afectar de forma significativa la calidad de vida de las pacientes, sin embargo a menudo es difícil y complejo llegar a un diagnóstico. En este

artículo se resumen las pautas principales para llegar a un diagnóstico y manejo efectivo de la patología.

BIBLIOGRAFÍA

1. Albers Janet, Hull Sharon and Wesley Robert Abnormal Uterine Bleeding [Journal] // AMERICAN FAMILY PHYSICIAN. - 2004. - pp. 1916-1926.
2. Benneth Alyssa and Gray Susan What to do when she's bleeding through: the recognition, evaluation, and management of abnormal uterine bleeding in adolescents [Journal] // www.co-pediatrics.com. - 2014. - pp. 413-419.
3. Bradley Linda Abnormal Uterine Bleeding [Journal] // The Nurse Practitioner. - 2005. - pp. 38-50.
4. Deligeoroglou Efthimios, Karountzos Vasileios and Creatsa George Abnormal uterine bleeding and dysfunctional uterine bleeding in pediatric and adolescent gynecology [Journal] // Gynecological Endocrinology. - 2013. - pp. 74-78.
5. Fazio Sara and Ship Amy Abnormal Uterine Bleeding [Journal] // Southern Medical Journal. - 2007. - pp. 376-382.
6. Harvard Health Publications Abnormal uterine bleeding in peri- and postmenopausal women [Journal] // Harvard Women's Health Watch. - 2011. - pp. 4-6.
7. Hatasaka Harry The evaluation of abnormal uterine bleeding [Journal] // CLINICAL OBSTETRICS AND GYNECOLOGY. - 2005. - pp. 258-273.
8. Pinkerton Joann Pharmacological therapy for abnormal uterine bleeding [Journal] // Menopause. - 2011. - pp. 453-461.
9. Sweet Mary, Schmit-Dalton Tarin and Wesis Patrice Evaluation and Management of Abnormal Uterine Bleeding in Premenopausal Women [Journal] // American Family Physician. - 2012. - pp. 35-43.
10. The American College of Obstetrician and Gynecologists Management of Acute Abnormal Uterine Bleeding in Nonpregnant Reproductive-Aged Women [Journal] // WOMEN'S HEALTH CARE PHYSICIANS. - 2013. - pp. 891-895.
11. Tsai Ming and Goldstein Steven Office Diagnosis and Management of Abnormal Uterine Bleeding [Journal] // CLINICAL OBSTETRICS AND GYNECOLOGY. - 2012. - pp. 635-650.
12. Turnbull Hilary et al Investigation and management of abnormal perimenopausal bleeding [Journal] // Menopause International. - 2013. - pp. 147-154.
13. Twiss Janice A new look at abnormal uterine bleeding [Journal] // The nurse practitioner. - 2013. - p. 22.30.