



HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL

JOHN JAIRO ZULETA TOBÓN

DEFINICIÓN

La hemorragia uterina anormal (HUA) es la alteración en la cantidad, la duración o la periodicidad del sangrado menstrual con respecto al patrón normal, que se acepta como la menstruación que dura entre 2 y 8 días, se presenta cíclicamente entre cada 21 y cada 35 días y tiene una pérdida hemática inferior a 80 mL, en promedio entre 30 y 40mL. Aunque existen unos patrones poblacionales considerados como normales, se puede aceptar que existe una alteración del ciclo cuando se presenta cualquier desviación del patrón establecido de la mujer o cuando ella experimenta una alteración en su calidad de vida a partir de tales cambios.

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Hipomenorrea: duración del sangrado inferior a 2 días o en cantidad escasa

Hipermenorrea: duración del sangrado superior a 8 días

Oligomenorrea: ciclos con intervalos mayores de 35 días

Especialista en Obstetricia y Ginecología. Magister en epidemiología. Profesor grupo Ginecología General. Integrante del Centro Asociado al CLAP OPS/OMS. Departamento de Obstetricia y Ginecología. Facultad de Medicina Universidad de Antioquia



Amenorrea: ausencia de menstruación por más de tres ciclos, generalmente mayor de 90 días

Polimenorrea: Ciclos con intervalos menores de 21 días

Menorragia: aumento de la cantidad de menstruación con ciclo regular

Metrorragia: sangrado acíclico, independiente de la cantidad

Menometrorragia: sangrado irregular y abundante

Manchas o pintas (spotting): sangrado irregular en escasa cantidad

IMPORTANCIA

Una de cada cinco mujeres que consulta por motivos ginecológicos y una de cada cuatro cirugías ginecológicas están relacionadas con la HUA. La HUA puede reflejar una alteración local genital o una alteración sistémica. Adicional a la incomodidad y la alteración en la vida diaria de la mujer, dependiendo de la edad y de otros factores, puede ser la manifestación de una enfermedad maligna. Aunque cualquier alteración en el patrón normal amerita un análisis para identificar la causa, no todos los casos requieren intervenciones terapéuticas.

ENFOQUE DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO

El éxito del manejo de una mujer con HUA depende del correcto diagnóstico. El ejercicio diagnóstico ante la HUA exige un proceso intelectual por parte del médico tratante que aunque en algunos casos sigue un raciocinio lineal, la mayoría de las veces necesita analizar e integrar la información de la historia previa de la mujer, el tipo de sangrado y su evolución actual, los hallazgos del examen físico y las ayudas paraclínicas. Ante un mismo patrón de sangrado existen enfoques diagnósticos diametralmente opuestos dependiendo de la edad de la mujer y ante una misma mujer se podrán tomar conductas terapéuticas diferentes dependiendo del tiempo de evolución del episodio de sangrado al momento de la consulta.



HUA EN LA INFANCIA

Se puede presentar como un evento autolimitado, de poca cantidad y duración en el periodo neonatal como consecuencia del influjo hormonal materno. En las niñas mayores se debe pensar en trauma, cuerpos extraños, abuso sexual o lesiones malignas. Son muy infrecuentes y pueden requerir evaluación bajo anestesia general si es abundante o persistente.

HUA EN LA MENOPAUSIA

Es el sangrado que se presenta en una mujer después de un año del cese de las menstruaciones. Al interrogatorio se debe descartar el origen iatrogénico por el empleo de preparados hormonales, incluso tópicos. Su principal connotación es la probabilidad de ser la manifestación de un cáncer. No se debe asumir a priori el sangrado de la menopáusia como de origen endometrial; en ellas es mandatorio iniciar la evaluación clínica con una visualización del cérvix con el espéculo, incluso a pesar de una citología vaginal oncológica sin evidencia de malignidad, debido a la alta frecuencia del cáncer cervical en nuestro medio. Si se considera que el sangrado es de origen endometrial se puede decidir la conducta a seguir midiendo el espesor endometrial con una ecografía transvaginal: un valor inferior a 6 para muchos autores o inferior a 4 mm para la mayoría, descarta con una altísima seguridad la probabilidad de un cáncer endometrial y sugiere el diagnóstico de atrofia endometrial. En caso de presentar un eco endometrial superior, o de persistir el sangrado a pesar del tratamiento en la que se sospechó atrofia, se debe realizar estudio histopatológico y la técnica de la toma dependerá de los recursos y del criterio médico: idealmente dirigida por histeroscopia, con aspiración biopsia o con curetaje. Para los casos de atrofia endometrial el manejo es con bajas dosis de estrógenos y progestágenos y en los otros casos dependerá del diagnóstico histopatológico: progestágenos sistémicos



o locales en caso de hiperplasias, anexohisterectomía si presenta otros cambios o no responde al tratamiento o el manejo pertinente en caso de cáncer.

MENORRAGIA

Es un tipo de sangrado con unas particularidades propias, que en algunos países se ha confirmado que afecta aproximadamente al 5% de todas las mujeres, con una frecuencia de 20% de histerectomías. El interrogatorio a la paciente debe estar dirigido a conocer el tiempo de evolución, su asociación con otros síntomas o signos generales o genitales, el examen físico dirigido a detectar causas sistémicas o causas orgánicas genitales y algunos pocos paraclínicos que se definen según los anteriores hallazgos .

Dentro de las causas generales se destaca el hipotiroidismo, incluso el mal llamado hipotiroidismo subclínico, y mucho menos frecuente las alteraciones de la coagulación. Se recomienda solicitar medición de TSH mujeres con menorragia sin una causa aparente. Las alteraciones hematológicas presentan signos y signos generales asociados que hacen sospechar tal origen. Con respecto a los trastornos de la coagulación, son causas muy infrecuentes excepto en algunas poblaciones seleccionadas, dentro de ellos el más frecuente es la enfermedad de Von Willebrand, que puede tener como única manifestación la menorragia y explicar en algunas de esas poblaciones el 20% de los casos. Otras eventuales causas son las deficiencias específicas de algunos factores de la coagulación o las alteraciones plaquetarias. En estas situaciones se tienen tratamientos específicos, como el reemplazo tiroideo para las hipotiroideas, la desmopresina para las que padecen enfermedad de Von Willebrand.

En mujeres en la cuarta década o mayores y de meses a pocos años de evolución se debe pensar en adenomiosis si se encuentra asociada a dismenorrea y se detecta un útero levemente aumentado, en



pólipos endometriales o miomas submucosos si no existen otros síntomas y el tacto vaginal es normal o en miomatosis intramural si se detecta un útero aumentado de tamaño e irregular. Ante la sospecha de estas condiciones el examen de elección es la ecografía transvaginal, a menos que el tamaño uterino supere los trece centímetros en cuyo caso se debe realizar vía transabdominal.

Para la adenomiosis la alternativa de tratamiento preferida es la histerectomía, para la miomatosis es la histerectomía si la mujer tiene su futuro obstétrico definido o la miomectomía en caso de querer conservar la fertilidad. El abordaje para la miomectomía depende de la ubicación de los miomas y puede ser laparotomía, laparoscopia o histeroscopia. La alternativa de la embolización de los miomas actualmente se recomienda para mujeres que no tengan interés obstétrico porque aún no existe información suficientemente sólida que permita conocer cual es el futuro obstétrico de las mujeres sometidas a este procedimiento. Los análogos de GnRH ofrecen mejoría temporal y su utilidad para el manejo de la menorragia inducida por miomas es limitada. Para los casos de pólipos endometriales el procedimiento de elección es la histeroscopia operatoria y en su defecto el curetaje.

La mayor proporción de casos de menorragia no tienen una causa evidente. Cuando se han descartado las anteriores causas, se plantean varias alternativas: si la mujer desea simultáneamente planificar se puede recomendar anticonceptivos orales combinados (ACO) o aplicación de endoceptivo, si no requiere planificar se recomienda el empleo del ácido tranexámico durante el sangrado. El ácido tranexámico es el medicamento con mayor respaldo científico para esta indicación pero a pesar de ello es uno de los menos empleados: en el Reino Unido únicamente uno de cada 20 médicos lo prescribe y en Nueva Zelanda menos de la mitad de los ginecólogos, en cambio sí se emplean frecuentemente progestinas como el acetato de medroxiprogesterona (AMP), tanto oral como parenteral que no tienen efecto sobre este problema y se deben evitar. Otras alternativas son el



uso perimestral de antiinflamatorios no esteroideos principalmente cuando se asocia a dismenorrea, o el danazol en la fase lútea en casos seleccionados. Si la mujer no tiene interés obstétrico futuro se puede ofrecer la aplicación de un endoceptivo, los implantes subdérmicos de progestina, la ablación endometrial o la histerectomía. La selección del método se debe tomar de acuerdo a las expectativas y valores de la paciente, los costos y disponibilidad de ellos y de la experiencia del médico con tales métodos.

HUA en la vida reproductiva

Definitivamente es el tipo de HUA de mayor reto para el clínico debido a la superposición de causas y a la variabilidad de presentación. Ante la presencia de cualquier tipo de sangrado genital anormal en una mujer en vida reproductiva se debe partir de la premisa: “Toda mujer con sangrado genital anormal está en embarazo hasta que se demuestre lo contrario” Actuar teniendo en cuenta esto evitará un buen número de errores. Los eventos obstétricos, algunos fisiológicos pero la mayoría patológicos, son la principal causa de sangrado genital en estas mujeres. Para llegar al diagnóstico de sangrado de origen obstétrico es importante siempre:

1. Interrogar por la fecha de la última menstruación, la actividad sexual y el empleo de la anticoncepción,
2. Realizar examen físico que incluya visualización de genitales y observación del canal vaginal con espéculo, y realización de tacto vaginal cuando se confirme por cualquier método el antecedente de vida sexual, no infrecuentemente negado por las pacientes.
3. Ordenar prueba de embarazo, medición cuantitativa de la subunidad beta de la gonadotropina coriónica humana o ecografía, dependiendo de los hallazgos clínicos.



Descartado el origen obstétrico, el siguiente paso es diferenciar entre una hemorragia uterina anormal orgánica (HUO) y una hemorragia uterina anormal disfuncional (HUD)

Son varias las características que evaluadas de manera simultánea permiten orientar estos diagnósticos y aunque en esta revisión se presenten en algún orden, es necesario recordar que ante la paciente es necesario integrarlos, porque el hecho de individualizarlos podría confundir el diagnóstico. Todos los elementos del interrogatorio deben tener una directriz que solo la da el entendimiento global del problema. Una propuesta de anamnesis estructurada con este enfoque podría ser la siguiente:

- **Edad:** a mayor edad, mayor probabilidad de causa orgánica, aunque en la perimenopausia se incrementa la HUD.
- **Momento en el que se inició:** si la alteración inició desde la menarca o muy poco tiempo después de ella es más probable que se trate de una HUD. Aunque en la perimenopausia nuevamente se incrementan los casos de HUD, siempre se debe descartar la causa orgánica.
- **Características de los ciclos previos al inicio de la HUA:** si la alteración está precedida por periodos de oligomenorreas, la probabilidad de la HUD es altísima y si la evolución de este tipo de ciclos es de larga data, se incrementa el riesgo de hiperplasia endometrial y de cáncer de endometrio, aunque la mujer aún sea joven. Adicionalmente el conocimiento de los ciclos previos dirige el tipo de manejo hormonal más adecuado.
- **Tiempo de evolución de la alteración:** aunque una mujer se pueda preocupar por un primer episodio de HUD, a menos que éste comprometa su estado hemodinámico, el manejo debe ser expectante y se recomienda intervenir si el patrón se vuelve repetitivo.



- **Tipo específico de sangrado:** es necesario identificar del patrón de sangrado que la paciente refiere y calificarlo con los términos técnicos adecuados porque esto permite enfocar el manejo. Es diferente el tratamiento de una polimenorrea del de las metrorragias. Se considera significativo un incremento de 3 o más días en la duración del sangrado, una disminución de 4 o más días en la duración del ciclo, un incremento del empleo de 2 o más toallas por día, estos cambios en ausencia de empleo de algún método de planificación que pudiera inducirlos y cuando es recurrente.
- **Duración y cantidad del sangrado actual:** es diferente el manejo hormonal de una paciente que consulta en los primeros días del episodio del manejo cuando consulta después de bastantes días de evolución.
- **Desencadenantes del sangrado:** la sinusorragia sugiere lesión cervical y menos frecuente alteraciones intrauterinas.
- **Método de planificación:** los diferentes métodos tienen inherente la probabilidad de inducir alteración del ciclo. Los preparados de progestina exclusiva (minipíldora, implantes subdérmicos, endoceptivos, AMP parenteral y parenterales mensuales con predominio progestacional, como la combinación de enantato de noretisterona y valerato de estradiol -mesigyna-) tienden a producir inicialmente metrorragias de cantidad variable y luego oligo o amenorreas. Algunos parenterales con predominio estrogénico como la combinación de acetofénido de dihidroxiprogesterona y enantato de estradiol -perlutal- tienden a producir metrorragias y polimenorreas. Los dispositivos intrauterinos pueden inducir menorragia y en algunos casos metrorragias.
- **Empleo de medicamentos que potencialmente pueden interferir con el ciclo:** anticoagulantes, antineoplásicos, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, tamoxifén, algunas yerbas o los derivados de la soya.



En el examen físico general se debe evaluar el estado hemodinámico con la presión arterial y el pulso como una primera aproximación a la severidad del sangrado, se debe buscar la presencia de sangrados por otros órganos para enfocar el diagnóstico hacia las discrasias y los trastornos hematológicos, palpar ganglios, hígado y bazo para descartar enfermedades linfoproliferativas, evaluar presión arterial y palidez de mucosas no solo como indicativo de pérdidas sino por la eventualidad de la insuficiencia renal y buscar estigmas de otras enfermedades como la hiperplasia suprarrenal o la enfermedad de Cushing. Es infrecuente que estas enfermedades se manifiesten inicialmente y en forma aislada como una HUA, generalmente en ellas la hemorragia hace parte de un cortejo de signos y síntomas que con un buen interrogatorio y un buen examen físico permiten que el clínico juicioso oriente el diagnóstico. Más sutil es la manifestación de los defectos congénitos de la coagulación, que sí pueden iniciar como HUA y se deben sospechar principalmente en niñas que presentan menarca masiva anemizante que amerita intervención médica y en adolescentes con menorragia. En todos estos casos el papel del médico es aproximarse al diagnóstico, pero ante todo no subestimar el problema por una inadecuada evaluación, y remitir al especialista apropiado, generalmente no al ginecólogo.

El examen ginecológico, visualización con espéculo y tacto vaginal, complementan la evaluación y permiten identificar causas orgánicas locales como los pólipos endocervicales, el mioma náciens, el cáncer de cérvix, la miomatosis, la adenomiosis y las masas pélvicas.

Una vez se ha hecho adecuadamente este recorrido sin identificar la causa, se puede aceptar el diagnóstico de exclusión de HUD. Es indispensable iniciar con la caracterización de los ciclos previos al inicio de la alteración y de allí se podría dividir en dos grupos: con antecedente y sin antecedente de oligomenorreas.

La HUA en una mujer con antecedente de oligomenorreas, con o sin signos de androgenización, generalmente es consecuencia del sín-



drome de ovario androgénico o poliquístico. En estos casos conviene previamente solicitar las respectivas mediciones hormonales para descartar otros trastornos menos frecuentes pero que en ocasiones podrían confundir como son la hiperprolactinemia y el hipotiroidismo. Definitivamente no aporta nada el contar con las mediciones de hormonas luteinizante (LH) o folículo estimulante (FSH) y mucho menos el estradiol, la 17 hidroxiprogesterona u otras. Para ofrecer el manejo más adecuado, inicialmente se debe valorar el riesgo de cáncer de endometrio con el fin de definir si es necesario realizar un curetaje o una biopsia de endometrio antes de pensar en un tratamiento hormonal. Los factores de riesgo son la obesidad, el antecedente de diabetes, la historia de oligomenorreas de larga data no controladas, la ingesta crónica de tamoxifén y la edad. Aunque se ha descrito cáncer de endometrio en mujeres en la tercera década de la vida a consecuencia del estro persistente, el riesgo se incrementa por encima de los 35 años: en las norteamericanas entre los 30 y los 34 años se presentan 2.8 casos por cada 100.000 mujeres, entre los 35 y los 39 el riesgo se duplica y es de 6.1 por 100.000 y entre los 40 y los 49 es de 36.5 por 100.000. Algunos autores proponen realizar estudio histopatológico a toda mujer mayor de 35 años con HUD, sin embargo el análisis de otros factores de riesgo permite seleccionar el grupo que realmente amerita esta intervención.

Si se considera que el riesgo de cáncer es bajo y el sangrado no compromete el estado hemodinámico de la mujer, se puede iniciar tratamiento hormonal. Las directrices para la selección del medicamento en casos de anovulación crónica por ovario poliquístico las da el estado del endometrio en el momento específico en que se esté evaluando la mujer. No es necesario realizar biopsias para definirlo, el entendimiento del ciclo endometrial y de los fenómenos que suceden en el endometrio sometido al influjo estrogénico constante permite asumir la necesidad de una u otra hormona o incluso la aplicación simultánea de ellas. Al no actuar la progesterona por la ausencia de ovulación, estas mujeres presentan un endometrio anormalmente proliferado que cuando descama lo hace de manera irregular, lo que lleva



a que el sangrado no sea autolimitado sino que se prolonga. Si la mujer consulta por un sangrado abundante o que recién está superando los ocho días de duración, se presume que el endometrio tiene amplias porciones proliferadas descamando en parches, por lo tanto lo que se requiere es que se desencadene una descamación sincrónica que se puede lograr con un curetaje farmacológico administrando progestinas, ejemplo AMP 5mg día por 10 días o 10 mg por 5 días. Cuando la mujer consulta cuando el sangrado lleva bastantes más días e incluso ha disminuido en cantidad pero no suspende, no tendría sentido realizar el curetaje farmacológico porque posiblemente el endometrio en ese momento ya está denudado casi totalmente, por lo tanto lo que está indicado es la administración de estrógenos, inicialmente solos pero siempre asociados a progestina al final del ciclo para asimilar el ciclo fisiológico. Se puede administrar estrógenos equinos conjugados (EEC) 0.625 o 1.25 mg por 21 días asociado a partir de la 11^a pastilla a 5-10 mg día de AMP. Existen preparados comerciales que ya traen esta asociación en esta secuencia (11 primeras tabletas con 2 mg de valerato de estradiol y 10 tabletas con 2 mg de valerato de estradiol y 0,5 mg de norgestrel). Estos esquemas secuenciales se emplean para controlar el episodio de sangrado y durante únicamente dos ciclos más con el fin de reducir el volumen endometrial a lo normal. No tiene sentido usarlos a largo plazo, porque estas mujeres de por sí tienen estrógeno y lo que necesitan es que se les contrarreste con el progestágeno. Como la alteración hormonal en el SOP acompañará por siempre a la mayoría de estas mujeres, es necesario instaurar un manejo preventivo de la hemorragia, que se logra con el empleo cíclico de las progestinas o con el empleo de ACO, si la paciente tiene necesidad de prevenir una gestación. No sobra reforzar dos conceptos: no es obligatorio el empleo de preparados con ciproterona con el único argumento del diagnóstico de SOP, los ACO con este antiandrógeno están indicados exclusivamente cuando la mujer tiene estigmas de la androgenización y segundo, estas mujeres pueden tener ovulaciones espontáneas, por lo tanto requieren anticoncepción si no desean embarazos.



Si la mujer consulta con un sangrado muy abundante que hace suponer que mientras se espera el efecto del curetaje farmacológico se podría comprometer el estado hemodinámico, o en adolescentes, una alternativa es administrar 25 mg intravenosos de EEC cada 6 horas por 4 dosis. Posterior a esta dosis de ataque se continúa con el esquema previamente propuesto de estrógenos orales asociando la progestina al final de este ciclo artificial. Una alternativa al esquema venoso inicial, en casos no tan severos, es administrar 1.25 mg de EEC vía oral con igual periodicidad y duración. Una alternativa al EEC es el 1 o 2 mg de valerianato de estradiol. Ante los casos más severos, con compromiso del estado hemodinámico, no se puede esperar el efecto farmacológico, por lo tanto se recomienda realizar un curetaje quirúrgico, independiente de la edad y del antecedente de haber tenido vida sexual.

Otra alternativa farmacológica de manejo del episodio agudo es la administración de una pastilla de ACO inicialmente cada 12 u 8 horas y luego cada 12 horas por 5 a 7 días en total, o la combinación de estrógeno y progestágeno en otras presentaciones comerciales no anticonceptivas (2 mg de acetato de noretisterona y 0.01 mg de etinilestradiol), aclarando que la menstruación que tendrá después de suspender este esquema será abundante pero autolimitada. Al igual que con los otros esquemas es indispensable instaurar la terapia profiláctica a largo plazo

El AMP de depósito (depoprovera) no tiene lugar en el manejo de estas mujeres. Su empleo puede inducir más irregularidades en el ciclo debido a los marcados efectos de estas altas dosis sobre el endometrio. El endoceptivo o los implantes subdérmicos son alternativas de manejo a largo plazo, no para los episodios agudos, por su efecto antiproliferativo del endometrio, aclarando que no regularizarán los ciclos pero sí prevendrán la hemorragia

El otro patrón de presentación es en mujeres sin antecedente de anovulación crónica. En ellas se pueden presentar polimenorreas, que excepcionalmente tendrían origen orgánico y que se pueden controlar



con AMC cíclico o con ACO. La metrorragia se presenta entre los ciclos ovulatorios, excepcionalmente son disfuncionales y frecuentemente son iatrogénicas u orgánicas, a consecuencia de enfermedades cervicales, dispositivos intrauterinos, pólipos endometriales, miomas submucosos o cáncer de endometrio. Se debe identificar la causa con los exámenes pertinentes -ecografía transvaginal, sonohisterografía, histeroscopia- y si se descarta este origen, o si se quiere intentar controlar el sangrado sin erradicar la causa, se pueden beneficiar de los esquemas secuenciales de estrógeno y progestina. Si no existe respuesta se debe realizar curetaje, que aunque no se debe considerar en sí una alternativa terapéutica, permite aclarar el diagnóstico y se ha visto, sin explicación conocida, que puede inducir un retorno de la mujer a su patrón de sangrado normal. Una causa casi siempre olvidada pero que se ha encontrado en casos de HUA refractaria es la endometritis, asociada o no a los otros síntomas de la enfermedad pélvica inflamatoria. Los casos descritos son pos curetaje, por lo tanto una alternativa de tratamiento empírico antes de proceder a tal procedimiento es administrar una combinación de antibióticos de amplio espectro.

SPOTING O PINTAS INTERMESTRUALES

No infrecuentemente las mujeres consultan por “desarreglo” menstrual y por mal interrogatorio el médico no identificar que realmente está ante un caso de un sangrado cíclico intermenstrual que coincide con la ovulación. Este sangrado, consecuencia de una caída en los niveles de estrógeno en esta época, es de menor cantidad que la menstruación normal, en ocasiones solo pintas y asociado a cólico, en muchos casos no amerita más manejo que tranquilizar a la paciente demostrándole la benignidad y lo predecible del sangrado haciéndolo objetivo con un calendario. Si la paciente lo considera molesto, se puede controlar con ACO.



HEMORRAGIA UTERINA EN LA PERIMENOPAUSIA

El único patrón de alteración de la menstruación que se debe considerar fisiológico en esta época de la vida es el de oligomenorreas seguidas de sangrados normales o de poca cantidad; cualquier otro amerita estudio, siempre pensando en descartar la presencia de una enfermedad maligna, sin negar que dependiendo de los factores de riesgo asociados, la evolución, el patrón de sangrado y la disponibilidad de la paciente para un seguimiento estricto -es decir, según el juicio clínico- se pueden iniciar manejos farmacológicos sin una biopsia previa. Igual que en otras épocas, el enfoque inicial es descartar embarazo, iatrogenia y causas orgánicas locales y sistémicas a partir de la historia clínica y de los exámenes paraclínicos pertinentes. Por la edad, son bastante frecuentes las alteraciones uterinas orgánicas, entre ellas los miomas, que no siempre son la causa del sangrado sino que muchas veces son hallazgos incidentales, por lo tanto se debe evaluar tamaño y ubicación antes de aceptarlos como causantes y someter a una mujer un procedimiento quirúrgico. No se debe asumir el enfoque de la hemorragia uterina de la mujer perimenopáusica como la de la menopáusica, es decir, no se puede tomar conductas con la medición del endometrio, error frecuentemente cometido por extrapolar los resultados de estudios hechos en éstas últimas mujeres. Durante la vida reproductiva, la mujer puede tener hasta 12 a 18 mm de espesor endometrial como efecto del ciclo ovárico, por lo tanto los valores aceptados como límite de seguridad no aplican a ellas. Igualmente, tampoco aportan nada las mediciones de LH, FSH y estradiol. En este periodo, la tendencia es a la disovulación y a la anovulación pero con niveles bajos y persistentes de estrógeno que llevan a la hiperplasia endometrial o a una progresión de ella. No se debe emplear estrógenos en el manejo de estas pacientes sin una confirmación histopatológica de ausencia de enfermedad maligna, en su defecto se puede emplear progestágeno cíclico como curetaje farmacológico y como manejo preventivo de nuevos episodios. Esta es la única época



de la vida donde de pronto podría tener cabida el empleo de la AMP de depósito para el manejo de la HUA, intentando que la atrofia endometrial que induce su empleo a largo plazo se una a los cambios fisiológicos del hipoestrogenismo propio del periodo, sin embargo se debe reservar para pacientes en quienes se sospeche que no están lejos de esa menopausia porque de lo contrario se podría tener el efecto contrario y llevarla a una HUA iatrogénica.

Un último aspecto, el manejo de la HUA requiere un acompañamiento y un seguimiento de la paciente, porque no infrecuentemente el plan terapéutico instaurado no es efectivo y requiere hacer modificaciones de dosis, esquemas o medicamentos, en ocasiones con ensayo-error. Como la paciente asume esto como un fracaso, se podría perder la continuidad en el tratamiento y terminar en un caos farmacológico cuando intervienen múltiples médicos.

CONCLUSIÓN

La manipulación hormonal del endometrio en el manejo de la hemorragia uterina anormal permite un adecuado control en la mayoría de las situaciones, sin embargo esto requiere un amplio conocimiento por parte del médico de aspectos fisiológicos de los ciclos ovárico, menstrual y endometrial y de los aspectos epidemiológicos para racionalizar las intervenciones.



REFERENCIAS

Albers J, Hull S, Wesley R. Abnormal Uterine Bleeding. *Am Fam Physician* 2004; 69: 1915-26

Kouides P, Conard J, Peyvandi F, Lukes A, Kadir R. Hemostasis and menstruation: appropriate investigation for underlying disorders of hemostasis in women with excessive menstrual bleeding. *Fertil Steril* 2005; 84: 1345-51

Porteous A, Prentice A. Medical management of dysfunctional uterine bleeding. *Reviews in gynaecol pract* 2003; 3: 81-4

Prentice A. Medical management of menorrhagia. *BMJ* 1999; 319: 1343-45

Singh R, Brumenthal P. Hormonal Management of Abnormal Bleeding. *Clin Obstet Gynecol* 2005; 48 (2): 337-52