4.1

HUA EN LA **CONSULTA AMBULATORIA**

Diana Alexandra Alzate Andrade
Residente de tercer año Ginecología y Obstetricia
Universidad de Antioquia

INTRODUCCIÓN

Los trastornos menstruales son un motivo común de consultas médicas entre las mujeres en edad reproductiva, ya que el sangrado menstrual intenso afecta hasta el 30% de las mujeres a lo largo de su vida reproductiva. Esta alteración puede afectar significativamente la calidad de vida, pues con frecuencia es causa de ausentismo laboral, en ocasiones conduce a intervenciones quirúrgicas (incluyendo la histerectomía) y, en última instancia, puede impactar de forma significativa en el sistema de salud.[1]

En 2011, se publicó el sistema de clasificación FIGO (PALM-COEIN) que significa pólipos, adenomiosis, leiomioma, malignidad, coagulopatía, trastornos de la ovulación, trastornos endometriales, causas iatrogénicas y no clasificadas. Esto con el objetivo de estandarizar la terminología, el diagnóstico y las investigaciones de las causas de la hemorragia uterina anormal (HUA). De acuerdo con la nueva clasificación de la FIGO, en ausencia de etiología estructural, se deben evitar los términos "sangrado uterino disfuncional", menorragia, metrorragia y otros similares, y se debe indicar si la HUA es causada por trastornos estructurales o no estructurales del aparato genital. Algunas sociedades han publicado o revisado sus directrices para el diagnóstico y la gestión de la denominada "hemorragia uterina disfuncional" según la nueva clasificación de la FIGO. [2]

En general, las alteraciones del grupo PALM son afecciones discretas (estructurales), medibles con el uso de técnicas de imagen o de histopatología; mientras que las del grupo COEIN están relacionadas con afecciones, que no se definen por imagen ni histopatología, (no estructurales).[2]

La HUA se define como "sangrado del cuerpo uterino que es anormal en volumen, regularidad y / o tiempo, y tiene o ha estado presente durante la mayoría de los últimos 6 meses".[2]

En esta revisión, resumiremos los conceptos de las nuevas guías más relevantes para el diagnóstico y el manejo de la HUA en la paciente ambulatoria.

Hacia el diagnóstico

Aparte de la definición de HUA, otras definiciones pueden subdividirse en función del volumen de la menstruación, la regularidad, la frecuencia, la duración, la cronicidad y el momento relacionado con el estado reproductivo. El sangrado no relacionado con la menstruación también se puede caracterizar. El cuadro 1.1 proporciona la terminología y descripciones consistentes con la declaración consensuada del Grupo de Trabajo sobre Trastornos Menstruales de la FIGO. [3].[1]

El sangrado menstrual abundante es la queja más común de HUA. Se ha definido como "pérdida excesiva de sangre menstrual que interfiere con la calidad física, social, emocional y / o material de la vida de la mujer. Que puede ocurrir sola o en combinación con otros síntomas ".[1]

Cuadro 1.1[4] Variaciones del sangrado en la HUA

Volumen	Regularidad	Frecuencia	Duración	Otros
Abundante	Irregular	Frecuente	Prolongado	Intermenstrual
Normal	Regular	Normal	Normal	Premenstrual
Escaso	Ausente(amenorrea)	Infrecuente	Acortado	

El primer paso hacia el enfoque es una historia clínica y un examen físico adecuados, los cuales ayudarán a establecer la causa del sangrado anormal, dirigir nuevas investigaciones y guiar las opciones de manejo. Determinar la cantidad, frecuencia y regularidad de la hemorragia, la presencia de sangrado post-coital o intermenstrual, dismenorrea o síntomas premenstruales puede ayudar a distinguir la hemorragia anovulatoria de la ovulatoria o sugerir causas anatómicas como patología cervical o pólipos endometriales. La HUA ovulatoria es habitualmente regular y a menudo se asocia con síntomas premenstruales y dismenorrea. La hemorragia anovulatoria, es más común cerca de la menarquia y la perimenopausia, es irregular, abundante y prolongada. Y está asociada con hiperplasia endometrial y cáncer. [1]

Es importante descartar la posibilidad de embarazo, de acuerdo al contexto de cada paciente.

La historia debe incluir lo siguiente:

- Síntomas sugestivos de anemia (cefalea, adinamia, dificultad para respirar con actividad).
- Historia sexual y reproductiva (anticoncepción, riesgo de embarazo e infecciones de transmisión sexual, deseo de futuros embarazos, infertilidad, detección cervical).
- Impacto en el funcionamiento social, sexual y en la calidad de vida.
- Síntomas sugestivos de causas sistémicas de sangrado (ver cuadro 1.4 criterios para tamizaje de trastornos de la coagulación) y de otros, tales como hipotiroidismo, hiperprolactinemia, síndrome de ovario poliquístico (SOP), trastornos suprarrenales o hipotalámicos
- Síntomas asociados como flujo u olor vaginal, dolor pélvico o presión.

También se debe indagar por antecedentes familiares de trastornos de la coagulación hereditarios, SOP, o cáncer de endometrio o de colon, así como cualquier enfermedad asociada, como tumores hormono-dependientes, enfermedad tromboembólica o problemas cardiovasculares que influirían en las opciones de tratamiento. Por último, debe obtenerse una lista de medicamentos, incluidos aquellos de venta libre, remedios naturales o herbales que puedan interferir con la ovulación o que de otro modo se asocien con hemorragia (Cuadro 1.2). [3]

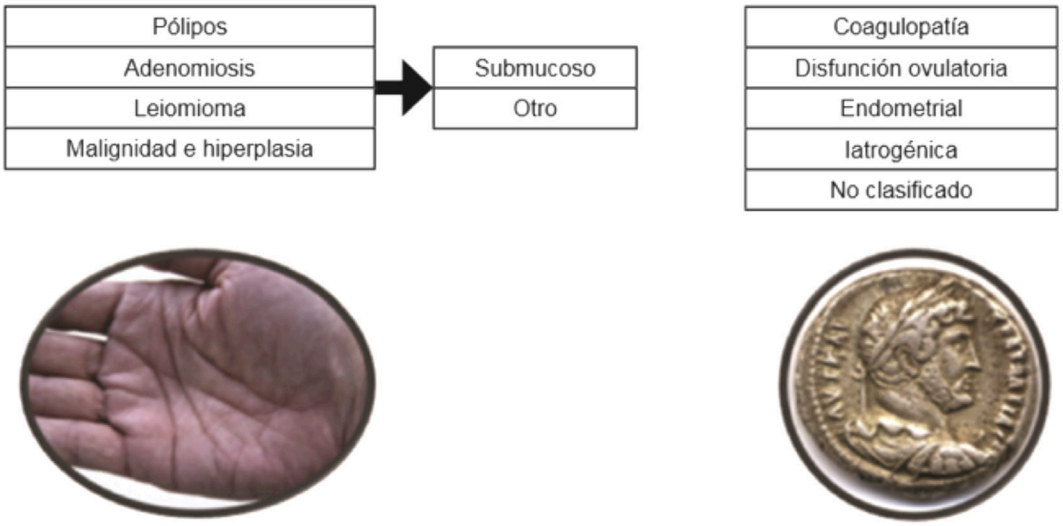
Cuadro 1.2

Listado medicamentos asociados a HUA
Anticoagulantes
Antidepresivos (IRS-ATC)
Hormonas anticonceptivas
Antipsicóticos (1ra gen-risperidona)
Corticosteroides
Hierbas: ginseg y otros

La evaluación física (Cuadro1.3) debe identificar las condiciones sistémicas que pueden causar sangrado anormal, evaluar el tracto genital inferior y la pelvis para confirmar la fuente de sangrado y causas anatómicas como fibromas o pólipos cervicales.

Cuadro 1.3 Examen Físico

Evaluación General	Examen Ginecológico
Signos Vitales Peso/IMC Examen de Tiroides Examen de Piel: (Palidez, moretones, estrías, hirsutismo, petequias) Examen abdominal: masas, hepato o esplenomegalias	Inspección: vulva, vagina, cuello uterino, ano y uretra Examen bimanual del útero y estructuras anexiales Examen rectal si se sospecha hemorragia rectal o riesgo de patología concomitante Pruebas: frotis de Papanicolaou, cultivos cervicales si hay riesgo de infección de transmisión sexual



Tomada de Munro MG, Critchley HO, Fraser IS. La clasificación FIGO de causas de sangrado uterino anormal en los años reproductivos. Rev del Clim. 2011;15(85):9–17.

El segundo paso es excluir una causa orgánica o estructural (PALM) de acuerdo a la clasificación de la FIGO., incluidas las lesiones pre malignas como la hiperplasia endometrial.

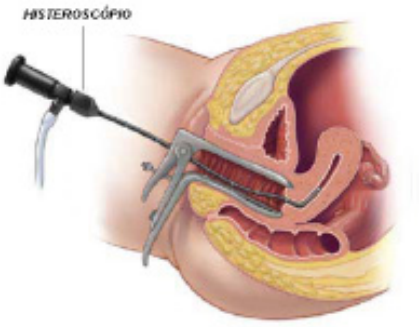
Con este fin se dispone de la ecografía transvaginal que permite evaluar el útero, anexos, patología endometrial, miometrial, y grosor endometrial. En el caso de anomalías intrauterinas (pólipos, miomas), los exámenes adicionales como la histeroscopia o la histerosonografía deben ser realizados. [5]

La biopsia endometrial* en el contexto de la HUA, debe considerarse cuando se sospeche la posibilidad de malignidad en la mujer premenopáusica; aunque es baja, entre el 5 al 30% de los casos en mujeres por debajo de los 50 años, puede ocurrir con más probabilidad asociado a los siguientes factores de riesgo de cáncer endometrial:

Nulíparas, IMC alto (>30 kg / m2), SOP diabéticas, historia o casos familiares de cáncer colorrectal por síndrome hereditario no polipósico. También está indicado cuando ha fallado el tratamiento para la HUA, en mujeres mayores de 40 años, en sangrado intermenstrual significativo y en sangrado menstrual infrecuente con sospecha de ciclos anovulatorios. [1][6][4]

***La recomendación es realizar la biopsia de consultorio con cánula de Pipelle o bajo visión directa por histeroscopia; se recomienda de segunda línea la toma de biopsia quirúrgica con cureta de Novak. La sensibilidad de los primeros dos métodos, para detección de la enfermedad endometrial es de 92%-98% respectivamente, mientras que para el legrado con cureta de Novak es del 88%.[1]**

La dilatación y el curetaje no son el estándar de atención para la evaluación inicial del endometrio. Se trata de un procedimiento ciego, con errores de muestreo y riesgos de complicaciones similares a la histeroscopia, y con menos sensibilidad que esta.[1]



Cuando todos estos pasos han sido completados, se debe considerar entonces la posibilidad de una causa no estructural (COEIN), o anteriormente llamada Hemorragia Uterina Disfuncional, que puede, en la mayoría de los casos estar presente en una o en combinaciones de estas causas: Coagulopatía (C), Desordenes Ovulatorios(O), Trastornos Endometriales primarios (E).[5][7]

Las otras dos causas menos comunes: HUA iatrogénica (I), casi siempre se relaciona con problemas por uso de DIU; hormonas sexuales esteroideas y medicamentos que interfieren con el metabolismo de la dopamina o la serotonina. La HUA no especificada (N), comprende las entidades que aún no se han definido como causas de HUA; estas dos últimas no se consideran en sí mismas causas disfuncionales, por lo cual para efectos del tratamiento médico, no los tendremos en cuenta en este artículo.[5][3]

Los trastornos HUA- ovulatorios que generalmente se manifiestan con una combinación de sangrado impredecible, una cantidad variable en el flujo y, en algunos casos con sangrado vaginal abundante, se relacionan con alteración en la producción cíclica y predecible de progesterona, que afectan la calidad del endometrio. Los problemas de ovulación también pueden ocurrir durante la adolescencia (debido a la inmadurez del eje hipotálamo-hipófisis) o durante la perimenopausia cuando los trastornos de la ovulación preceden a la menopausia. Aunque la mayor parte de los trastornos escapan a un origen definido, muchos pueden verse como endocrinopatías, como el síndrome de ovario poliquístico (SOP), la hiperprolactinemia, o trastornos de la tiroides o insuficiencia ovárica prematura, obesidad, anorexia o ejercicio extremo.[1][5][8]

Para la investigación de la etiología de los trastornos ovulatorios, se recomienda análisis de sangre, prolactina, TSH, y en algunos casos, progesterona durante la fase lútea.

El sangrado uterino anormal secundario a trastornos endometriales, generalmente debe ser considerado un diagnóstico de exclusión, cuando otras causas como las coagulopatías y alteraciones de la ovulación se han descartado. Típicamente el sangrado es predecible y cíclico, indicando que hay ovulación, pero abundante o prolongado, que puede explicarse por alguna disfunción local de los mecanismos reguladores de la hemostasia del endometrio.

Puede haber otros trastornos endometriales primarios que no se manifiestan como sangrado uterino abundante en sí, pero pueden causar sangrado intermenstrual, por ejemplo, las inflamaciones o infecciones del endometrio, aberraciones en la respuesta inflamatoria local o alteraciones en la formación de vasos sanguíneos.[1][3][5][6]

Cuadro 1.4(9)

Criterios de tamizaje para trastornos de la coagulación (clasificación C)
1. Sangrado menstrual abundante desde la menarquía
2 Uno de los siguientes: Historia de hemorragia posparto Sangrado relacionado con un procedimiento quirúrgico Sangrado relacionado con un procedimiento dental
3. Dos o más de los siguientes síntomas: Equimosis una a dos veces al mes Epistaxis una a dos veces al mes Sangrado frecuente de encías Antecedentes familiares de síntomas de sangrado

Tratamiento

Después de haber definido la causa del sangrado, establecemos la opción de tratamiento; en general, cuando subyace una causa orgánica, el manejo debe estar enfocado a corregirla. Como norma, cuando el tratamiento farmacológico ha fallado, la propuesta de manejo para estas patologías es una intervención quirúrgica (legrado, histeroscopia, resecciones, histerectomía, ablación); en los casos de malignidad, los protocolos y guías específicos. [5][6]

Sin embargo, siempre el tratamiento médico deberá ser la primera línea de manejo y dependerá del buen juicio del médico y debe basarse en una discusión abierta de las preferencias de la paciente, deseo de fertilidad o anticoncepción, condiciones médicas subyacentes o contraindicaciones, presencia de dismenorrea y gravedad de la hemorragia[1][9]

Así pues, disponemos entonces de tratamientos hormonales y no hormonales, sobre todo para el manejo de los trastornos no estructurales.

En los casos de HUA-C se incluye el manejo interdisciplinario con hematología; estas pacientes pueden también beneficiarse del manejo hormonal, pero no del manejo con medicamentos no hormonales como los AINES. Se puede indicar el DIU- Levonorgestrel, inclusive como primera línea de manejo, y los ACOS (9). Si fallan, se debe dar manejo con los factores de coagulación específicos o Desmopresina para las pacientes con Enfermedad de Von Willebrand, de acuerdo a criterio de hematología. Finalmente, los procedimientos quirúrgicos como la ablación endometrial o la histerectomía son posibles, pero con una adecuada planeación y manejo individualizado de la paciente.[9]

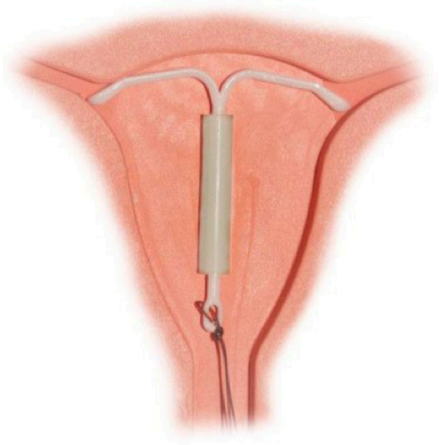
Si el problema es del orden la HUA-O y se determina una endocrinopatía, el manejo debe enfocarse al tratamiento de esta. La SOGC propone dar tratamiento hormonal para tratar de regular los ciclos y disminuir los episodios de sangrado; sin embargo, no hay ensayos clínicos que evalúen el manejo hormonal en estos casos. La ACOG es la única sociedad que da recomendaciones de manejo para estos casos con el uso de progesterona combinada con anticoncepción hormonal y Dispositivo Intrauterino con Levonorgestrel (DIU-L). En mujeres entre los 13 a 18 años, la ACOG recomienda el uso de ACO para disminuir la pérdida de sangre y regular los ciclos. En pacientes de 18 a 39 años de edad, recomienda uno de las siguientes terapias: anticonceptivos hormonales combinados de bajas dosis (ACO), terapia con progestinas o DIU con levonorgestrel. En mujeres de 40 años a la menopausia: progestinas cíclicas, ACO de bajas dosis y el DIU con levonorgestrel, también puede ser prescrito.

El tratamiento quirúrgico queda reservado para las pacientes con patologías cavitarias concomitantes, en quienes la terapia médica ha fallado, tengan contraindicación o intolerancia para el uso de hormonas. [1][3][6][7][9]

Para la HUA-E la SOGC recomienda el uso de tratamientos hormonales y no hormonales. En el 2013 el grupo de Revisiones Sistemáticas de la Sociedad de Cirujanos Ginecológicos publicó una revisión de 22 estudios que compararon las terapias no quirúrgicas para el tratamiento de HUA-E. Los autores concluyeron con respecto a la reducción de sangrado menstrual, con el DIU-L (71-95% de reducción), ACO (reducción del 35-69%), progestinas orales de ciclo extendido (reducción del 87%), medicamentos antifibrinolíticos como el ácido tranexámico (reducción del 26-54%), y los AINES (10-52% de reducción), que en general todos los tratamientos fueron eficaces. El DIU-L, los ACO combinados y los antifibrinolíticos fueron todos superiores a las progestinas en fase lútea. El DIU-L fue el mejor tratamiento, y se ha demostrado que es superior a los ACO y AINE combinados. Los antifibrinolíticos fueron superiores a los AINE. Los autores también subrayaron la falta de datos sobre el impacto de tales tratamientos en la calidad de vida. Una vez más, según las directrices estadounidenses y canadienses, los tratamientos quirúrgicos como la histerectomía y ablación endometrial deben ser restringidos al fracaso de la terapia médica, o la incapacidad para utilizar terapias médicas, la presencia de anemia significativa, el impacto en la calidad de vida y patología uterina concomitante. [1][3][6][7]

En resumen, la HUA-E puede ser manejada con hormonas y tratamientos no hormonales. Pero el DIU-L parece ser el más eficaz.

DIU -Levonorgestrel. Google.com



Bibliografía.

1. Singh Sukhbir, MD, Best Carollyn , MD, Dunn Sheilla M. AUB in premenopausal women JOGC. J Obstet Gynaecol Canada. 2013;35(5):1–32.

2. Munro MG, Critchley HOD, Broder MS, Fraser IS. FIGO classification system (PALM-COEIN) for causes of abnormal uterine bleeding in nongravid women of reproductive age. Int J Gynecol Obstet. 2011;113(1):3–13.

3. Marret H, Fauconnier A, Chabbert-Buffet N, Cravello L, Golfier F, Gondry J, et al. Clinical practice guidelines on menorrhagia: Management of abnormal uterine bleeding before menopause. Vol. 152, European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology. 2010. p. 133–7.

4. Sweet MG, Schmidt-Dalton TA, Weiss PM, Madsen KP. Evaluation and management of abnormal uterine bleeding in premenopausal women. Am Fam Physician [Internet]. 2012;85(1):35–43. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22230306

5. Khrouf M, Terras K. Diagnosis and Management of Formerly Called ???Dysfunctional Uterine Bleeding??? According to PALM-COEIN FIGO Classification and the New Guidelines. Vol. 64, Journal of Obstetrics and Gynecology of India. 2014. p. 388–93.

6. Munro M, Critchley H, Fraser I. Research and clinical management for women with abnormal uterine bleeding in the reproductive years: More than PALM-COEIN. BJOG An Int J Obstet Gynaecol [Internet]. 2017;124(2):185–9. Available from: http://doi.wiley.com/10.1111/1471-0528.14431

7. Management of Acute Abnormal Uterine Bleeding in Nonpregnant Reproductive-Aged Women.pdf. Vol. 121. 2013.

8. Munro MG, Critchley HO, Fraser IS. la clasificación FiGo de causas de sangrado uterino anormal en los años reproductivos*. Rev del Clim. 2011;15(85):9–17.
9. Pai M, Chan A, Barr R. How I manage heavy menstrual bleeding. Vol. 162, British Journal of Haematology. 2013. p. 721–9.