

Hemorragia uterina anormal en la perimenopausia

María Isabel Hernández Cardona

Ginecóloga y obstetra

Profamilia

Introducción

La perimenopausia se define como el período alrededor de la menopausia, que a menudo está marcado por diversos signos y síntomas, como oleadas de calor e irregularidades menstruales⁽¹⁾.

La definición de hemorragia uterina anormal (HUA) es aquella caracterizada por la alteración del volumen, la duración, la regularidad o la frecuencia fuera de lo normal, no relacionada con el embarazo^(1,2). Se calcula que el 70% de las

consultas al ginecólogo de las pacientes en la perimenopausia se deben a este síntoma⁽¹⁾. Se clasifica como crónica, aquella que lleva seis meses o más de duración y; como aguda, aquella que requiere atención médica prioritaria⁽³⁾.

Causas

Se resumen en el sistema de clasificación propuesto por la FIGO (Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia), como se muestra en la **tabla 1**.

Tabla 1. Clasificación FIGO de HUA

PALM	COEIN
Pólipos	Coagulación
Adenomiosis	Ovulación (disfunción)
Leiomiomas	Endometrio
Malignidad o hiperplasia	Iatrogénico
	No clasificados

Fuente: modificado de Munro MG, Critchley HO, Broder MS, Fraser IS. FIGO classification system (PALM-COEIN) for causes of abnormal uterine bleeding in nonpregnant women of reproductive age. Int J Gynaecol Obstet. 2011;113(1):3-13.

Ginecología, endocrinología y oncología

Hemorragia uterina anormal en la perimenopausia

Pólipos

Proliferación de epitelio, usualmente benigno, que incluye tejido vascular, glandular, fibromuscular y tejido conectivo. Los factores de riesgo para el desarrollo de pólipos endometriales incluyen: edad aumentada (factor de riesgo más común), hipertensión arterial, obesidad y uso de tamoxifeno. Se diagnostican por ecografía, con Doppler color que aumenta la sensibilidad al mostrar el vaso nutricional. Se resecan idealmente por histeroscopia, ya que el curetaje a ciegas puede fragmentarlos y dificultar el estudio de la patología.

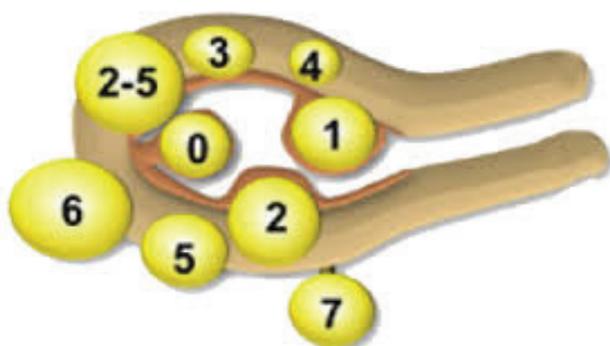
Adenomiosis

Presencia de tejido endometrial en miometrio. El diagnóstico se realiza con mayor sensibilidad por resonancia magnética, pero hay signos ecográficos que pueden hacer pensar en esta enfermedad como la miohipertrofia y la presencia de tejido endometrial heterotópico. El diagnóstico definitivo se hace con la patología del útero.

Leiomiomas

Son tumores fibromusculares benignos. Es importante su tamaño y localización (**ver figura 1**), para definir si son la causa del síntoma (HUA, dolor o infertilidad).

Figura 1. Subclasificación de los leiomiomas



SM-Submucoso	0	Intracavitario, pediculado
	1	<50% intramural
	2	≥50% intramural
O-Otros	3	100% intramural, en contacto con endometrio
	4	Intramural
	5	Subseroso ≥50% intramural
	6	Subseroso <50% intramural
	7	Subseroso pediculado
	8	Otros

Fuente: tomados de Munro MG, Critchley HO, Broder MS, Fraser IS. FIGO classification system (PALM-COIN) for causes of abnormal uterine bleeding in nonpregnant women of reproductive age. *Int J Gynaecol Obstet.* 2011;113(1):3-13.

Malignidad e hiperplasia

Es poco frecuente, pero debe tenerse presente como causa de HUA, especialmente en la postmenopausia o en las pacientes con factores de riesgo para patología endometrial.

Coagulación o coagulopatías

Es más frecuente en pacientes jóvenes. Considerar medición de TP, TTP, fibrinógeno y remisión a hematología en caso de: sangrado menstrual abundante desde la menarca más uno de los siguientes: hemorragia posparto, sangrado quirúrgico u odontológico o; dos de los siguientes: hematomas 1 a 2 cada mes, epistaxis 1 a 2 cada mes, historia familiar de sangrado, sangrado gingival frecuente.

En pacientes perimenopáusicas está relacionado con causas iatrogénicas (ver más adelante).

Ovulación

Síndrome de ovario poliquístico (SOP), hiperprolactinemia,

alteraciones tiroideas, estrés, anorexia, pérdida de peso, ejercicio intenso.

Endometrial

Alteraciones primarias del endometrio, por mecanismos moleculares genéticos, por inflamación, infección o vasculogénesis alterada.

Iatrogénico

Progestágenos, esteroides, anticonceptivos inyectables, DIU, antibióticos, anticonvulsivantes, cigarrillo.

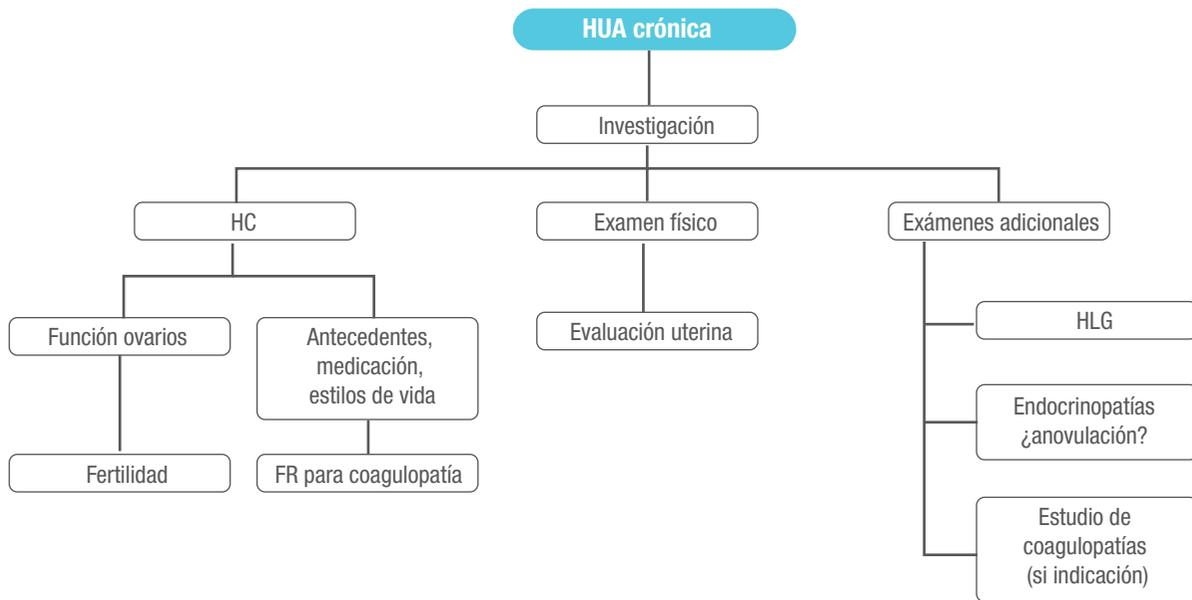
No clasificados

Malformaciones arteriovenosas, hipertrofia miometrial, endometritis crónica.

Diagnóstico

Inicia con la historia clínica y el examen físico completos, seguido por los exámenes complementarios según sea la sospecha diagnóstica (**ver figura 2**).

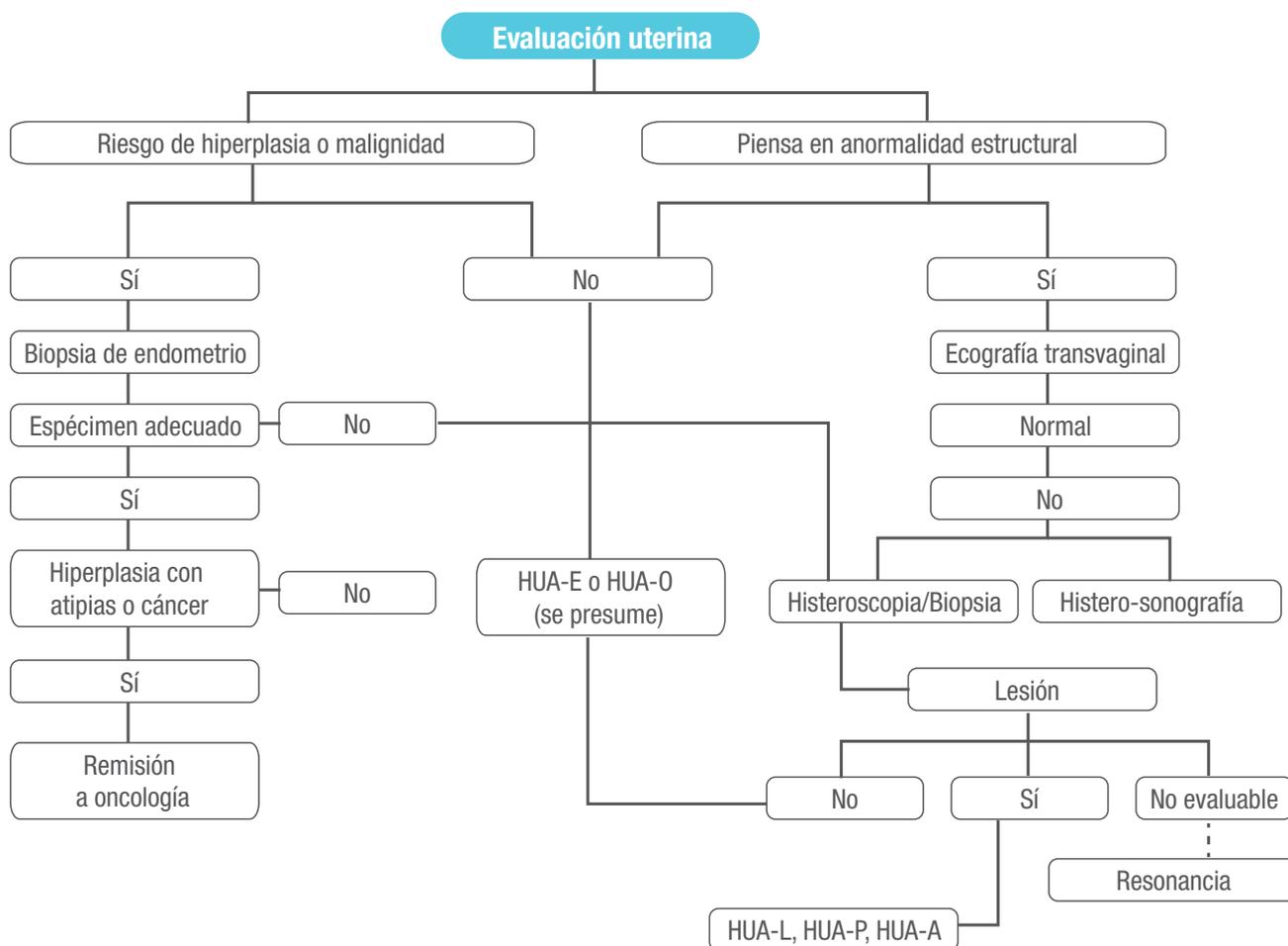
Figura 2. Algoritmo diagnóstico



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

Ginecología, endocrinología y oncología

Hemorragia uterina anormal en la perimenopausia



Fuente: modificado de Munro MG, Critchley HO, Broder MS, Fraser IS. FIGO classification system (PALM-COEIN) for causes of abnormal uterine bleeding in nongravid women of reproductive age. *Int J Gynaecol Obstet.* 2011;113(1):3-13.

Historia clínica: interrogar por historia familiar de sangrado, ingesta de medicamentos o herbales (Ginseng, Ginkgo, ACOs, AINEs, warfarina, heparinas).

Examen físico: incluir IMC (índice de masa corporal), vaginoscopia con espéculo, tacto vaginal. La sensibilidad del examen pélvico realizado por expertos es del 70% aproximadamente⁽⁴⁾, por lo que es importante el uso de otras herramientas diagnósticas. Aquí debe definirse si

el origen del sangrado es uterino, ya que puede haber patologías ginecológicas (vulva, cérvix, trompas, ovarios o vagina), gastrointestinales y urinarias que la paciente considera como HUA⁽⁵⁾.

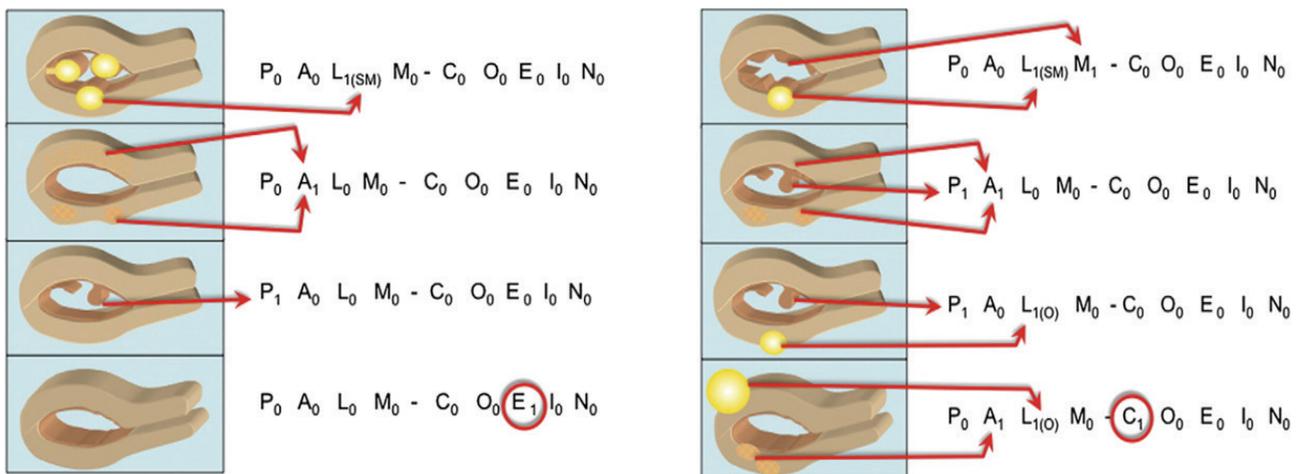
Laboratorio: hemograma, ferritina y prueba de embarazo. Los demás exámenes, se solicitarán orientados por la historia clínica (progesterona el día 21, TSH, PRL)⁽⁶⁾.

Imágenes: la ecografía pélvica transvaginal es la prueba inicial. Debe realizarse si el examen físico indica malignidad, no hay respuesta al manejo médico o hay riesgo de malignidad(6). Es claro que el grosor del endometrio tiene gran importancia como predictor de patología endometrial en la paciente postmenopáusica, en quienes está indicada si el endometrio mide 4 mm o más(2,3,7). En la paciente perimenopáusica, el valor del grosor endometrial es menos claro, pero deberá realizarse biopsia de endometrio en: todas las pacientes mayores de 45 años (40, según guías canadienses) con HUA, menores de 45 años con factores de riesgo para patología endometrial (estrógenos sin oposición [SOP], obesidad, diabetes, uso de tamoxifen, nuliparidad e historia familiar) y aquellas que no mejoran después del manejo médico. Con el objetivo de evitar

procedimientos adicionales, se ha propuesto realizar la ecografía una vez haya terminado el sangrado menstrual, para que el endometrio sea tan delgado como sea posible. La ecografía orientará respecto a otras causas estructurales (PALM). También pueden utilizarse la histerosonografía para descartar lesiones focales (pólipos, miomas, hiperplasia o cáncer) o la histeroscopia.

Una vez se realice el diagnóstico, se recomienda presentar la causa en la historia clínica citando el algoritmo PALM-COEIN y dejando 0 (en ausencia de la alteración) o 1 (en presencia de la misma). A continuación, se presentan ejemplos en la **figura 3** (A y B), que se pueden resumir anotando únicamente lo positivo, por ejemplo, en la imagen A sería HUA-Lsm(8).

Figura 3. Ejemplos clasificación HUA



A. Ejemplos PALM-COEIN

B. Ejemplos PALM-COEIN

Fuente: tomado de Munro MG, Critchley HO, Broder MS, Fraser IS. FIGO classification system (PALM-COEIN) for causes of abnormal uterine bleeding in nonpregnant women of reproductive age. *Int J Gynaecol Obstet.* 2011;113(1):3-13.

Ginecología, endocrinología y oncología

Hemorragia uterina anormal en la perimenopausia

Tratamiento

Lo más importante es descartar embarazo y malignidad. El objetivo es regular los ciclos, disminuir la cantidad de sangrado y, sobre todo, mejorar la calidad de vida.

Tratamiento hormonal en HUA crónica:

Anticonceptivos orales: formular de acuerdo con los criterios de elegibilidad de la OMS(9). Son menos efectivos en el tratamiento de HUA por causas estructurales.

DIU Lng (dispositivo intrauterino liberador de Levonorgestrel) y progestágenos: es una opción para las pacientes con contraindicación para el uso de estrógenos. Se produce amenorrea entre el 20 y el 80% de las pacientes con DIU Lng y, entre el 30 y el 40% de las pacientes con progestágenos inyectables (acetato de medroxiprogesterona trimestral). Al comparar el DIU Lng

con los demás tratamientos farmacológicos, se observaron mejores resultados en el DIU Lng los primeros dos años y, al parecer, en cinco años se igualarán(10).

Tratamiento no hormonal en HUA crónica:

AINEs: ácido mefenámico 500 mg VO cada 8 horas o ibuprofeno 800 mg VO cada 8 horas los tres primeros días de la menstruación, reducen sangrado en un 33%. Están contraindicados en los pacientes con coagulopatía(6).

Ácido tranexámico: dar 1.300 mg cada 8 horas los primeros cinco días del ciclo. Requiere administrarse varias veces al día por su baja biodisponibilidad oral, lo que puede aumentar sus efectos secundarios, especialmente gastrointestinales (náuseas, vómito, diarrea). Es más efectivo que los AINEs, progestágenos o remedios herbales, pero menos que el DIU Lng(11).

Tabla 2. Resumen de las dosis de los medicamentos en HUA aguda

Medicamento	Dosis	Intervalo	Contraindicación o precaución
Estrógenos conjugados equinos	25 mg IV	Cada 4 a 6 horas por 24 horas	Cáncer de mama, trombosis, alteración hepática
ACOs	35 µg de etinilestradiol	Cada 8 horas por 7 días	Cigarrillo, embolismo, migraña, alteración cardiovascular
Acetato de medroxiprogesterona	20 mg vía oral	Cada 8 horas por 7 días	Embolismo, cáncer de mama
Ácido y tranexámico	1,3 g VO o 10 mg/kg IV	Cada 8 horas por 5 días	Embolismo, tener precaución en combinación con ACOs

Fuente: modificado de American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG committee opinion no. 557: Management of acute abnormal uterine bleeding in nonpregnant reproductive-aged women. Obstet Gynecol. 2013;121(4):891-6.

Tratamiento invasivo o quirúrgico:

Ablación endometrial: para pacientes en quienes falla el manejo médico y no desean histerectomía. Antes del procedimiento requieren biopsia que descarte patología endometrial⁽¹²⁾.

Embolización de arterias uterinas: indicado en miomatosis uterina como alternativa a la miomectomía. Puede producir dolor y disfunción ovárica.

Miomectomía: es una opción para las pacientes que desean preservar el útero o la fertilidad. Tiene mayor riesgo de sangrado que la histerectomía.

Histerectomía: es el tratamiento definitivo para las mujeres que tienen paridad satisfecha y no han respondido al manejo médico.

Conclusiones

La HUA en la perimenopausia es una causa frecuente de consulta ginecológica. La mayoría de las veces se trata de condiciones benignas. Del diagnóstico oportuno dependerá el tratamiento y la mejoría de la calidad de vida de nuestras pacientes.

Referencias bibliográficas

1. Goldstein SR, Lumsden MA. Abnormal uterine bleeding in perimenopause. *Climacteric*. 2017;20(5):414-20.
2. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Committee Opinion No. 440: the role of transvaginal ultrasonography in the evaluation of postmenopausal bleeding. *Obstet Gynecol*. 2009;114(2 Pt 1):409-11.
3. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG committee opinion no. 557: Management of acute abnormal uterine bleeding in nonpregnant reproductive-aged women. *Obstet Gynecol*. 2013;121(4):891-6.
4. Padilla LA, Radosovich DM, Milad MP. Limitations of the pelvic examination for evaluation of the female pelvic organs. *Int J Gynaecol Obstet*. 2005;88(1):84-8.
5. Kaunitz A. Approach to abnormal uterine bleeding in nonpregnant reproductive-age women [internet]. UpToDate [citado 2019 ene. 25]. 2018. Disponible en: <https://bit.ly/2UjIRGv>
6. Singh S, Best C, Dunn S, Leyland N, Wolfman WL. Abnormal uterine bleeding in pre-menopausal women. *J Obstet Gynaecol Can*. 2013;35(5):473-5.
7. Bignardi T, Van den Bosch T, Condous G. Abnormal uterine and post-menopausal bleeding in the acute gynaecology unit. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2009;23(5):595-607.
8. Munro MG, Critchley HO, Broder MS, Fraser IS. FIGO classification system (PALM-COEIN) for causes of abnormal uterine bleeding in nongravid women of reproductive age. *Int J Gynaecol Obstet*. 2011;113(1):3-13.
9. Altshuler A, Gaffield ME, Kiarie JN. The WHO s medical eligibility criteria for contraceptive use. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2015;27(6):1-9.

10. Gupta JK, Daniels JP, Middleton LJ, Pattison HM, Prileszky G, Roberts TE, et al. A randomised controlled trial of the clinical effectiveness and cost-effectiveness of the levonorgestrel-releasing intrauterine system in primary care against standard treatment for menorrhagia: the ECLIPSE trial. *Health Technol Assess.* 2015;19(88):i-xxv.
11. Bryant-Smith AC, Lethaby A, Farquhar C, Hickey M. Antifibrinolytics for heavy menstrual bleeding. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;(4):CD000249.
12. Gayle M, Schmidt-Dalton TA, Weiss PM. Evaluation and management of abnormal uterine bleeding in premenopausal women. *Am Fam Physician.* 2012;85(1):35-43.
13. Committee on Practice Bulletins-Gynecology. Practice bulletin No. 128: Diagnosis of abnormal uterine bleeding in reproductive-aged women. *Obstet Gynecol.* 2012;120(1):197-206.