

Capítulo 4

Sangrado genital agudo, más allá del palm-coein

Luisa Fernanda Muñoz Fernández

Especialista en Ginecología y Obstetricia

Máster en anticoncepción, salud sexual y reproductiva para Iberoamérica, Universidad de Alcalá.

Docente de Ginecología y Obstetricia, Universidad de Antioquia

Introducción

Es frecuente que mujeres de todos los grupos etarios consulten a los servicios de salud por presentar sangrado genital que por su cantidad, duración o síntomas relacionados les motive a ingresar al servicio de urgencias. Es importante que el personal médico disponga de las herramientas necesarias para hacer un abordaje diagnóstico y terapéutico inicial con el objetivo de estabilizar a quienes presenten sangrados abundantes y poder establecer un plan de estudio y tratamiento pertinente.

En ocasiones los diagnósticos derivados de la clasificación del triage como “sangrado vaginal abundante” o “hemorragia uterina anormal” desestiman otras causas de sangrado y pudieran llevar a sesgos en el estudio diagnóstico.

En términos generales “Sangrado Genital” hace referencia al proveniente de los órganos sexuales externos de acuerdo con la definición dada por la Real Academia de la Lengua Española y algunos diccionarios médicos; sin embargo, dada la contigüidad entre el sistema urinario y gastrointestinal

en la vulva; es necesario considerarles dentro del enfoque inicial y es motivo por el cual algunas de estas patologías serán consideradas en el desarrollo del presente capítulo. El concepto de Hemorragia Uterina Anormal (HUA) como referente del sangrado proveniente de órganos genitales internos requerirá entonces un enfoque diagnóstico y terapéutico diferente, enfocado a las posibles causas que se resumen en el acrónimo PALM-COEIN (pólipos, adenomiosis, leiomiomatosis, malignidad, coagulopatías, ovulatorias, endometriales, iatrogénicas o no clasificadas) asignado por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) para este fin y cuya revisión no será desarrollada en este texto.

Consideraciones respecto a la edad de presentación

Al ser este un tema tan amplio, resulta útil revisar las posibilidades diagnósticas en relación con la edad de la mujer; para esto, clásicamente se subdividen en tres grupos así: premenarca o prepuberales; premenopausia o edad reproductiva y posmenopausia, ver **tabla 1.** (1)

Premenarca	Edad reproductiva	Posmenopausia
Vulvovaginitis Trauma genital Abuso sexual Cuerpo extraño Prolapso uretral Tumores productores de hormonas Hormonas exógenas	Enfermedades de transmisión sexual Trauma genital Abuso sexual Prolapso uretral Fisura anal Hemorroides Cuerpo extraño	Medicamentos Atrofia vaginal Trauma Abuso sexual Prolapso uretral Cáncer de vejiga

Tabla 1. Sangrado genital de acuerdo a la edad de presentación.

Tomado y modificado de: Approach to the adult with vaginal bleeding in the emergency department. (1)

Algunos diagnósticos se comparten en los tres grupos etarios, por lo que es pertinente su revisión, ya que en ocasiones se ven opacados por las demás causas y no son revisadas frecuentemente.

Prolapso uretral

El prolapso uretral es la protrusión de la mucosa uretral a través del meato urinario. (2) El principal síntoma de este prolapso es la presencia de sangrado genital que en ocasiones puede ser muy abundante y puede o no estar acompañado de dolor, disuria o retención urinaria. (3) Si bien, la fisiopatología de esta condición no es del todo clara, se cree que el hipoestrogenismo puede estar relacionado con su aparición, motivo por el cual su presentación es más frecuente en la menopausia y durante la prepubertad. (3) La debilidad muscular y el aumento de la presión intra abdominal han sido otros factores de riesgo asociado a la presencia del prolapso de la mucosa uretral. (4) El diagnóstico es básicamente clínico al evidenciar una masa con forma de dona en la uretra. Ver imagen 1.



Imagen 1. Prolapso uretral.

Imagen tomada de: Urethral Prolapse: An Overlooked Diagnosis of Urogenital Bleeding in Pre-Menarcheal Girls. (3)

Existen algunas clasificaciones del prolapso de acuerdo con el tamaño de la mucosa evertida y el grado de inflamación; sin embargo, esto no parece afectar el tratamiento médico inicial que debe ofrecerse, ya que el tratamiento quirúrgico sólo se considerará cuando se evidencie falla del tratamiento médico y las medidas conservadoras. (4) En algunas series de casos describen los prolapsos uretrales complicados como aquellos relacionados con la trombosis del tejido, infección o retención urinaria. (2)

El manejo médico consta del uso de estrógenos tópicos durante un período de no menos de 6 semanas, acompañado con baños de asiento; (2)(3) con esto se busca reducir el prolapso y los síntomas relacionados; la tasa de éxito de esta opción varía entre 32% - 92%. (2) En los casos de recurrencia o falla del manejo médico, debe considerarse de manera individualizada, la opción quirúrgica que consiste en la remoción del tejido prolapsado, en el que se han descrito varias técnicas y cuya revisión escapa los objetivos de este artículo. La técnica quirúrgica descrita en la mayoría de series de casos corresponde a la "Kelly-Bumham de prolapso circular" que ha demostrado tasas de curación más rápidas y menores recidivas que comparado con el tratamiento médico en algunas revisiones. (2)

Trauma genital

De acuerdo con el sitio anatómico del trauma, la presentación puede variar ampliamente, así como también del tipo de trauma que se ha sufrido, laceraciones, avulsiones o contusiones.

La gran mayoría de los traumas vulvares son de origen obstétrico; los desgarros perineales son los de mayor frecuencia; las lesiones no obstétricas pueden estar asociados a las relaciones sexuales consentidas o en el contexto de abuso, (5) laceraciones o contusiones.

Debido a la gran vascularización de esta zona el riesgo de sangrado se ve incrementando en algunos grupos de edades y situaciones fisiológicas como el embarazo; así como también con el hipoestrogenismo y su efecto atrófico en la región vulvar.

Cuando luego de un trauma, cualesquiera que sea su origen, se rompen las paredes de los vasos, pero el sangrado es contenido en el tejido celular subcutáneo y se presentan los hematomas vulvares, 90% de estas lesiones está relacionado con traumas obstétricos; del 10% restante, se ha descrito que la causa más frecuente son las lesiones poscoitales.

Los hematomas vulvares se caracterizan por generar dolor, asimetría y cambios de coloración (roja o violácea). Dado que el tejido vulvar opone poca resistencia; es posible que los hematomas alcancen grandes tamaños si no se logra contener el sangrado. (6) Ver imagen 2.

De acuerdo con el tamaño de la lesión y los síntomas relacionados es posible establecer un tratamiento conservador que consiste en reposo, compresas frías, analgésicos y

XXIX Actualización en GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA



compresión local; en caso de lesiones expansivas o con tamaños mayores de 10 – 12 cm, es necesario considerar las opciones de drenaje en cirugía o embolización del vaso sangrante cuando esta alternativa se encuentre disponible. (6) Se considera que el drenaje de la lesión lleva a una recuperación más rápida que el manejo conservador; (5) sin embargo, en cuanto a efectos estéticos a largo plazo no se ha establecido diferencia entre los dos abordajes. Algunos grupos médicos sugieren considerar, en lugar de la apertura del hematoma para visualizar los vasos sangrantes y ligarlos, que cuando el sangrado se evidencie controlado por estabilidad del mismo, se debe realizar una pequeña incisión para drenar los coágulos y mantener terapia compresiva, suponiendo menos riesgo de infección, exploración y trauma de los tejidos y una recuperación más rápida. (7)

Además de hematomas, es posible encontrar laceraciones o pérdida de continuidad del tejido vulvar que también desencadenan sangrado genital. La sutura de estas lesiones dependerá de la profundidad y extensión de las mismas, así como de la capacidad de contener el sangrado con métodos comprensivos. El uso de suturas absorbibles favorece el confort de la paciente y los resultados cosméticos.

Es importante intentar establecer el origen de los traumas vulvares con el fin de intervenir los factores de riesgo y evitar situaciones que les hagan recaer. Es mandatorio interrogar si este trauma genital se encuentra en el contexto de una situación de abuso, pues además de instaurar el plan de manejo, se debe hacer el respectivo reporte a las autoridades y garantizar protección a la paciente.



Imagen 2. Hematoma vulvar.

Tomada de: Hematoma traumático de vulva poco frecuente. (5)

Cuando el sangrado proviene de la cavidad vaginal, es mandatorio descartar un embarazo como primera medida, pues el enfoque diagnóstico será diferente; sin embargo, en ambas circunstancias es importante establecer el estado hemodinámico de la paciente, ya que de esto dependerá la necesidad de medidas de reanimación y el tiempo disponible para hacer el enfoque diagnóstico.

La mayoría de los traumas vaginales están en relación con eventos obstétricos o relaciones sexuales. Las laceraciones en la vagina pueden ser superficiales o profundas; para su evaluación se requiere una adecuada visualización de todas las paredes vaginales lo cual puede resultar difícil según la cantidad de sangrado o el dolor por lo que en ocasiones es necesaria la revisión bajo anestesia. Las lesiones superficiales usualmente no desencadenan sangrado abundante y el dolor puede ser variable; es por esto, que la afectación de la mucosa y submucosa pueden recibir manejo expectante si han hecho hemostasia espontáneamente o en otras ocasiones es posible realizar taponamiento con gasa y solución de Monsel. (1)

Es importante tener en cuenta que durante el uso de electrocauterio para el control del sangrado, pueden generarse lesiones en órganos contiguos como la vejiga e intestino por lo que debe usarse con precaución (7).

Las laceraciones profundas que sangran profusamente requieren intervenciones quirúrgicas, dada la vascularización de la vagina, la hemorragia puede ser considerable e incluso llegar a inestabilizar la paciente.

Los traumas o desgarros vaginales tienen una presentación bimodal: mujeres en edad reproductiva con relación al uso de juguetes sexuales o relaciones de penetración cuya fisiopatología se describirá más adelante y mujeres en posmenopausia o histerectomizadas en quienes la debilidad de la mucosa secundaria al hipoestrogenismo o la remodelación quirúrgica de la cúpula vaginal les confiere un mayor riesgo de laceración, desgarró o incluso, perforación a la cavidad abdominal. Actualmente, gracias a la sobrevida de las mujeres tratadas de cáncer de cuello uterino con radioterapia, especialmente la braquiterapia, se puede reconocer como otro factor de riesgo para traumas vaginales.

En el contexto de abuso sexual, la penetración no consentida de la vagina con el pene u otro objeto asociado a la fuerza del abusador y la resistencia ofrecida por la víctima puede

Sangrado genital agudo, más allá del palm-coein

generar los traumas ya descritos; en estas circunstancias es importante durante el interrogatorio intentar aclarar los objetos de penetración pues según sus características; además de la profilaxis para enfermedades de transmisión sexual, pudiera ser necesario profilaxis antibiótica e incluso contra el tétano. Es importante evitar la revictimización de la paciente, por lo que se sugiere una anamnesis inicial completa y pertinente, y no incurrir en interrogatorios repetidos.

Dejando de lado las situaciones de abuso, la principal causa de laceraciones vaginales se deriva de las relaciones sexuales consentidas. En la fisiopatología de este trauma se describe el efecto de pistón que el pene o algunos juguetes sexuales pueden generar; la acumulación de aire en la vagina sin encontrar por donde ser liberado tiende a buscar salida por la zona más débil, que usualmente es el fondo de saco posterior o la cúpula vaginal, en donde se presenta laceración o ruptura de la mucosa e incluso ingreso a la cavidad abdominal. (8) El cuadro clínico más frecuente son los sangrados inmediatamente poscoitales, súbitos y en abundante cantidad; en otras ocasiones puede asociarse a la protrusión de asas intestinales a través del defecto en la vagina. Ver **imagen 3**.



Imagen 3. Ruptura vaginal con evisceración.

Tomada de: Características de las pacientes con rotura vaginal y evisceración. (9)

Para la reparación de los desgarros vaginales profundos se sugiere la sutura de la mucosa con material absorbible; en caso de evidenciar signos de infección, se sugieren los puntos separados o la localización de drenes para garantizar vigilancia del tejido. En los casos en que se requiera dejar empaquetamiento vaginal es importante dejar cateterización vesical para evitar el desarrollo de un globo vesical o limitaciones para la micción. (7)

Es importante hacer una evaluación extensa para determinar si ha habido lesión por contigüidad de la vejiga o el recto en cuyos casos, la cistoscopia, el tacto rectal y la solicitud de acompañamiento del especialista en urología o coloproctología puede ser necesario. La sospecha de perforación a la cavidad abdominal puede establecerse con una radiografía de abdomen para evaluar la presencia de neumoperitoneo o en altas sospechas, la exploración laparoscópica de la cavidad abdominal.

Luego de la corrección del trauma genital es importante hacer recomendaciones posoperatorias; se sugiere reposo pélvico (evitar relaciones sexuales) entre 3 a 4 semanas para favorecer la cicatrización y el uso de lubricantes vaginales durante las relaciones sexuales para disminuir la fricción y trauma de la mucosa. En las mujeres posmenopausicas o expuestas a radioterapia, el uso de estrógenos tópicos vaginales puede mejorar la calidad del tejido y disminuir la incomodidad y riesgo posterior.

Es importante considerar la afectación psicológica que estos eventos pueden desarrollar en las pacientes, indagarlo y ofrecer acompañamiento para garantizar una vida sexual placentera a futuro.

Conclusiones

Si bien, las principales causas de sangrado genital en las mujeres en edad reproductiva están relacionados con alteraciones uterinas o sistémicas clasificadas en el PALM-COEIN, es importante revisar otras causas que son también frecuentes y que en ocasiones requieren intervenciones emergentes; como característica común, los sangrados originados en trauma no responden a la terapia hormonal y dado sus características súbitas y relacionadas con las relaciones coitales deben durante el interrogatorio aumentar la sospecha diagnóstica. El acompañamiento durante el estudio y posoperatorio es primordial para favorecer la recuperación física y psicológica de las mujeres.

Bibliografía

1. Physiology B. Approach to the adult with vaginal bleeding in the emergency department. 2021;1–22.
2. Fornari A, Gressler M, Carlos J, Murari L. Urethral Prolapse : A Case Series and Literature Review. J Obstet Gynecol India [Internet]. 2019;(0123456789):5–7. Available from: <https://doi.org/10.1007/s13224-019-01288-2>
3. Vunda A, Vandertuin L, Gervais A. Urethral Prolapse: An Overlooked Diagnosis of Urogenital Bleeding in Pre-Menarcheal Girls. J Pediatr [Internet]. 2011;158(4):682–3. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpeds.2010.11.050>
4. Casas AM, Porfirio A, Morán R. Partial prolapse of the urethral mucosa in young females : review of two cases surgically treated using a new approach. :52–6.
5. Ibargüen SH, Erroa WP. Hematoma traumático de vulva poco frecuente. Rev Cuba Obstet y Ginecol. 2018;2(2018):1–10.
6. Oong GC, Eruo FU. Vulvar Hematoma Treatment / Management. StatPearls [Internet]. 2020;01:1–6. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560753/>
7. Makai G. Evaluation and management of female lower genital trauma. UptoDate. 2020;1–14.
8. Lohner L, Sperhake J, Püschel K, Burandt E, Heinemann A, Anders S. Vaginal laceration leading to air embolism during consensual sexual intercourse. 2020;
9. Forcen L, Mattos GI, Maroun GF, Muñoz BM, Miguel S De, Viana P, et al. Características de las pacientes con rotura vaginal y evisceración. 2005;32(2):40–3.