



XXXIII Curso de actualización

Ginecología y obstetricia 2025



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

Facultad de Medicina

Hemorragia uterina anormal en mujeres postmenopáusicas Enfoque Inicial

Carlos Mario Córdoba Gómez
Ginecólogo Oncólogo

Hemorragia uterina anormal en mujeres postmenopáusicas Enfoque Inicial

La hemorragia uterina anormal (HUA) se refiere a un trastorno del sangrado uterino en cuanto a su duración cantidad o regularidad; este es un trastorno ginecológico frecuente, que afecta a mujeres de todas las edades y su frecuencia varía según factores como la edad, estatus menopáusico y condiciones médicas subyacentes.

Las causas también pueden variar de acuerdo con los grupos etarios en las adolescentes, se puede presentar hasta en un 20-30 % de ellas y suele deberse a trastornos ovulatorios o a ciclos anovulatorios por la inmadurez del eje hipotálamo hipófisis ovario; mujeres en edad reproductiva pueden presentarlo hasta en el 20 % y causas comunes incluyen trastornos ovulatorios, miomas uterinos, pólipos, síndrome de ovario poliquístico, y en la menopausia se presenta con

menor frecuencia en alrededor del 10 % de las mujeres pero cualquier sangrado en esta etapa de la vida se considera anormal, por lo que debe evaluarse como signo de trastornos graves como el cáncer de endometrio cérvix u otras patologías graves.

Para las mujeres en edad reproductiva no embarazadas, la federación FIGO (Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia) propuso un sistema de clasificación de las causas de HUA con el acrónimo PALM–COEIN: la primera parte (PALM) se refiere a patologías estructurales, pólipos, adenomiosis, leiomiomas o malignidades, y la segunda (COEIN) se refiere a patologías funcionales como coagulopatías, disfunciones ovulatorias, disfunción endometrial o iatrogenia; y de esta manera se pueden identificar la mayoría de las causas de sangrado uterino anormal en este grupo de población.


PALM 	COEIN 
P ólipo A denomiosis L eiomiomatosis M alignas & Hiperplasia	C oagulopatías O vulación disfuncional o anovulación E ndometriales I atrogénicas N o clasificadas, aún

Figura 1. PALM-COEIN

Adaptado de Alúdelo, Pérez, and Luis Ernesto. "Hemorragia uterina anormal en perimenopausia y posmenopausia." *Rev. colomb. menopaus (2020): 16-33.*

En las mujeres postmenopáusicas, es decir, que tienen más de 12 meses de haber cesado sus menstruaciones, cualquier sangrado uterino se considera anormal.

La causa la causa más común de sangrado uterino anormal posmenopáusico es la atrofia endometrial (60 %) en estos casos el sangrado suele ser leve, autolimitado y no recurrente;

otras causas comunes son los pólipos endometriales (25 - 30 %), efectos de la terapia reemplazo hormonal (15- 25 %), hiperplasia endometrial (5-10 %) y cáncer de endometrio (10 %), y un porcentaje menor pero no menos importante son tumores del cuello uterino, trastornos de la coagulación, cervicitis o vaginitis.

Cualquier sangrado anormal en la menopausia debe ser estudiado cuidadosamente debido a que puede ser la manifestación primaria de cánceres ginecológicos como el de endometrio y en Colombia puede ser manifestación común de cáncer de cuello uterino; aunque también pueden ser carcinomas de vagina, vulva u ovario, como los tumores de la granulosa.

Los sangrados postmenopáusicos también pueden presentarse en pacientes que toman terapia de reemplazo hormonal o que utilizan medicamentos anticoagulantes, antiagregantes plaquetarios o algunos suplementos dietarios que pueden alterar la hemostasia y resultar en sangrado uterino. Mujeres expuestas al uso del tamoxifeno, especialmente aquellas con diagnóstico de cáncer de mama tienen un riesgo aumentado de cáncer de endometrio, pólipos e hiperplasias endometriales, por el efecto proliferativo agonista estrogénico de este medicamento sobre el endometrio; todas estas patologías se pueden manifestar por sangrado, y se puede presentar cáncer de endometrio en una a dos de cada 1.000 mujeres que toman tamoxifeno por el riesgo aumentado tres a seis veces con respecto a la población general.

Evaluación inicial

El objetivo primario de la evaluación inicial de una paciente menopáusica con sangrado es descartar cáncer y luego identificar la causa para poder definir un plan de tratamiento; es importante para ello tener información precisa de las características del sangrado, tiempo de inicio, volumen del sangrado, cantidad del sangrado, si existen algunos síntomas asociados como dolor o fiebre, si la paciente está expuesta a alguna medicación, si toma terapia reemplazo hormonal, anticoagulantes, suplementos dietarios o tamoxifeno. Se deben tratar de identificar factores de riesgo para cáncer de endometrio como obesidad o diabetes, o existe historia familiar para cáncer de mama, colon o de endometrio. Es importante también identificar si existen desencadenantes como relaciones sexuales trauma o violencia sexual.

En la evaluación inicial se deben intentar identificar signos de malignidad distante como adenopatías en fosas supraclaviculares, masas abdominales o ascitis; además, se debe intentar definir si el útero está aumentado de tamaño, evaluar los genitales externos en busca de lesiones en la vulva, evaluar vagina y cuello uterino para descartar malignidad a ese nivel. También se debe evaluar el sangrado y tratar de

identificar si efectivamente es a través del orificio cervical proveniente del útero.

Es importante tener información sobre el peso talla y el índice de masa corporal para identificar si existe obesidad.

Si luego de la evaluación inicial, anamnesis y examen físico se identifica una causa para el sangrado, el proceso diagnóstico y terapéutico dependerá de la causa identificada, cuando se sospeche patología maligna originada en vulva, vagina o cérvix uterino, se deberá realizar biopsias de estos sitios y proceder según lo indicado por las guías de manejo para estas patologías.

Si luego de esta evaluación inicial todo parece indicar que el origen es uterino, la ACOG (Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos) recomiendan realizar una ecografía transvaginal como primer paso para la evaluación del endometrio, o realizar una biopsia de endometrio.

La ecografía transvaginal se considera el método de evaluación inicial óptimo para pacientes con hemorragia uterinas posmenopáusicas.

Desde 1998 a la fecha se han publicado múltiples estudios y metaanálisis que demuestran que grosores endometriales menores a 3, 4 o 5 mm tienen un valor predictivo negativo muy alto mayor cercanos al 99 % para descartar cáncer de endometrio. Con falla en el diagnóstico de cáncer de endometrio en 1/383 casos cuando el grosor endometrial es de 3 mm, 1/339 casos en endometrios de hasta 4 mm y de 1/239 casos en endometrios de hasta 5 mm.

Debido a esto la ACOG ha recomendado utilizar la ecografía transvaginal como evaluación inicial apropiada para pacientes con sangrado uterino posmenopáusico, y en aquellas que tengan un endometrio ≤ 4 mm omitir toma de muestras de endometrio debido a un valor predictivo negativo 99 % para cáncer de endometrio. Sin embargo, de acuerdo con la misma recomendación, la ecografía debe ofrecerse como evaluación inicial y única, sin la realización de biopsia de endometrio sólo para mujeres con hemorragia uterina anormal posmenopáusica sin otros factores de riesgos para cáncer de endometrio como edad avanzada, obesidad, uso de estrógenos sin oposición u otras comorbilidades médicas como diabetes mellitus o presencia de células glandulares típicas en una citología vaginal, ni tampoco en aquellas que

Hemorragia uterina anormal en mujeres postmenopáusicas Enfoque Inicial

tienen antecedentes familiares para neoplasia malignas ginecológicas o están expuestas al tamoxifeno, en todas ellas se debe realizar la biopsia endometrial como parte de la evaluación inicial.

La recomendación de la evaluación ecográfica como evaluación única sólo aplica para mujeres con endometrio de hasta 4 mm y con HUA posmenopáusica en episodios iniciales, no recurrentes ni persistentes, debido al riesgo, aunque bajo, de tener cáncer de endometrio sobre endometrio atrófico; también se debe realizar biopsia en aquellas pacientes en quienes la evaluación endometrial no pudo ser realizada por ecografía por cualquier dificultad técnica.

Para pacientes premenopáusicas con HUA no existe una medida de grosor endometrial que indique mayor riesgo para cáncer, por tanto, no se utiliza la medida de grosor endometrial para definir la necesidad de biopsia de endometrio en este grupo de pacientes, esta decisión se toma basada en un análisis combinado de los riesgos clínicos e imagenológicos.

Tampoco se ha demostrado que en pacientes posmenopáusicas sin sangrado exista una medida de endometrio que justifique realizar biopsia indiscriminadamente.

Métodos de evaluación

Cuando ya se definió la necesidad de realizar una biopsia de endometrio para descartar malignidad, esta se puede realizar con diferentes técnicas e instrumentos, en Colombia disponemos de las curetas de Pipelle, Novakk, Dilatación y curetaje convencional e Histeroscopia, todas útiles y altamente eficientes para hacer diagnósticos de cáncer de endometrio.

la biopsia endometrio ofical con cureta de Pipelle ha reemplazado la necesidad de realizar procedimientos en el quirófano con dilatación y curetaje e histeroscopias oficinales o en el quirófano con una alta eficiencia para hacer el diagnóstico de cáncer de endometrio. Tiene la ventaja de ser un procedimiento rápido, seguro, menos costoso, que no requiere anestesia, ni dilatación cervical, pero como desventajas se ha descrito que es un procedimiento a ciegas que podría obtener muestras de poco volumen y que podría sólo muestrear una porción del endometrio; sin embargo, en la mayoría de los pacientes con cáncer de endometrio esta patología afecta una porción importante del endometrio, así que suele haber muy buena correlación entre la muestra tomada a través de

la cureta de Pipelle y las muestras tomadas con dilatación y curetaje o hechas a través de histeroscopias y con el reporte final de patología en espécimen quirúrgico de histerectomía. **Figuras 2-4.**



Figura 2. Endometrio sano



Figura 3. Endometrio hiperplásico



Figura 4. Cáncer de endometrio

En un metaanálisis publicado en la revista *cáncer* en el año 2000 que incluyó 7.914 pacientes se encontró que la sensibilidad del de la biopsia con cureta de Pipelle para diagnóstico de cáncer de endometrio fue del 99 % en pacientes posmenopáusicas y del 91 % en premenopáusicas, con una especificidad que rondaba el 98 %.

Otro metaanálisis más reciente publicado en el 2023 en el *British Medical Journal* de muestras similares sobre 12 estudios con más de 1.600 pacientes mostraron alta sensibilidad, cercana al 98 % y especificidad similar cuando se comparó con dilatación y curetaje clásicos.

A pesar de estos buenos resultados con la cureta de Pipelle, la dilatación y curetaje siguen siendo útiles en pacientes en quienes no se puede hacer la biopsia por diferentes razones, entre ellas estenosis cervical, dolor o falta de tolerancia de la paciente, también en aquellas con muestras insuficientes y que persisten con sospecha de malignidad o en pacientes que persisten con sangrado uterino normal aún con resultado de patología benigno; es especialmente útil en nuestro medio, donde es menos disponible la histeroscopia.

La histeroscopia de otra manera es altamente recomendada en pacientes con HUA posmenopáusica, en especial en quienes se sospechan lesiones focales o en quienes se

Hemorragia uterina anormal en mujeres postmenopáusicas Enfoque Inicial

desea realizar procedimientos excisionales de patologías focales como pólipos o miomas; permite la visión directa del endometrio y toma de muestra dirigidas, sin embargo, las muestras tomadas por histeroscopia suelen ser pequeñas, con riesgo de ser insuficientes, por ello regularmente van de la mano con una dilatación y curetaje para mejorar su rendimiento diagnóstico. Por otra parte, la histeroscopia requiere más habilidad por parte del personal que lo realiza,

es un procedimiento más costoso e invasivo que la biopsia realizada con cureta de Pipelle.

La histeroscopia es mandataria en pacientes con sangrado anormal premenopáusicas con sospecha de cáncer de endometrio en quienes se sospecha lesiones focales y en quienes se planea hacer un manejo conservador.

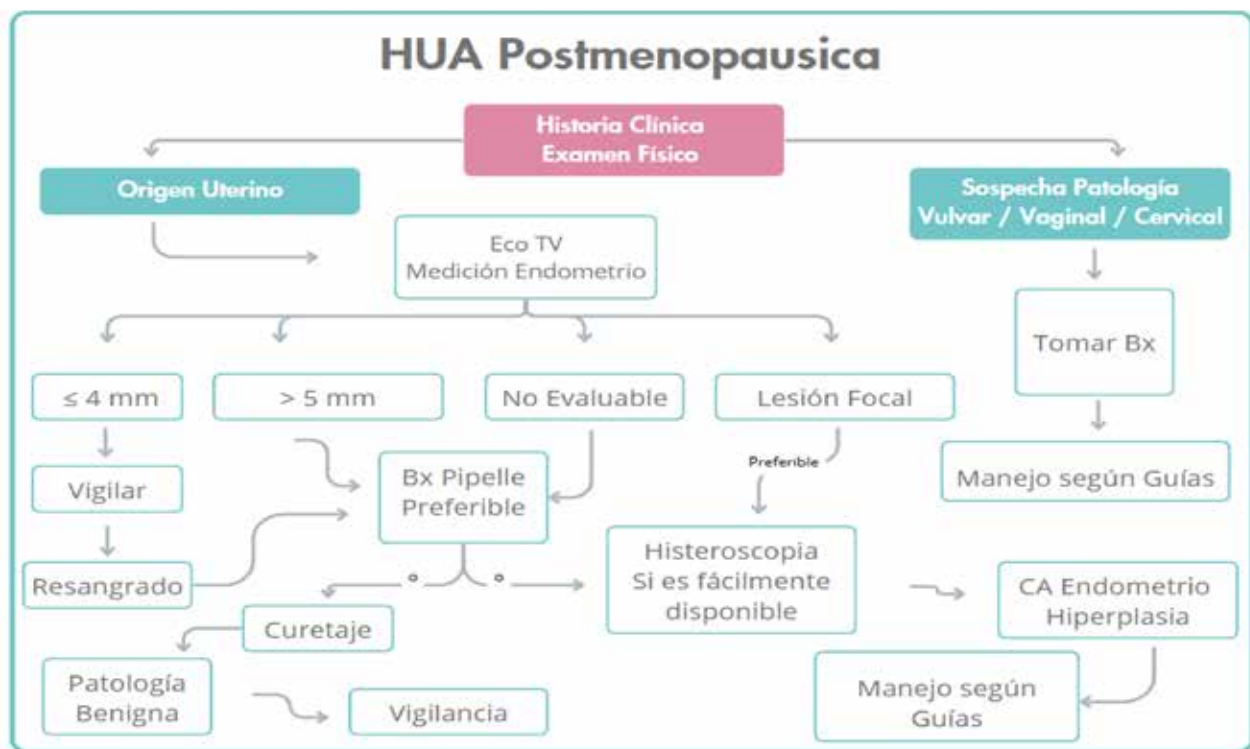


Figura 5. Algoritmo de manejo de la hemorragia uterina anormal

Recomendaciones finales

Toda paciente con HUA postmenopáusica debe ser evaluada cuidadosamente con la intención de descartar malignidad ginecológica, en especial cáncer de endometrio; si la paciente ha presentado un episodio único de escaso volumen autolimitado, y adicionalmente en la evaluación ecográfica tiene un grosor endometrial de hasta 4 mm, sólo requiere vigilancia. En cualquier otro caso, el sangrado abundante, recurrente o persistente, o en caso de grosor endometrial mayor de 4 mm o no evaluable, por el riesgo significativo de

cáncer de endometrio requiere biopsia de endometrio para descartarlo o confirmarlo. Esta biopsia debe ser realizada con cualquiera de los medios que tengamos disponibles porque todos son altamente eficientes para lograr diagnóstico correcto. Se prefieren la biopsia oficial con cureta de Pipelle, también se puede realizar biopsia por histeroscopia o curetaje clásico de acuerdo con la disponibilidad de recursos sin retardar el diagnóstico.

Bibliografía

1. Munro MG, Critchley HOD, Fraser IS, FIGO Menstrual Disorders Committee. The two FIGO systems for normal and abnormal uterine bleeding symptoms and classification of causes of abnormal uterine bleeding in the reproductive years: 2018 revisions. *Int J Gynaecol Obstet* 2018; 143:393
2. Dijkhuizen FP, Mol BW, Brölmann HA, Heintz AP. The accuracy of endometrial sampling in the diagnosis of patients with endometrial carcinoma and hyperplasia: a meta-analysis. *Cancer* 2000; 89:1765.