

Actualización

Sangrados ginecológicos anormales

EPIDEMIOLOGÍA DEL SANGRADO ANORMAL

El sangrado ginecológico anormal puede ocurrir a cualquier edad. Las causas más comunes de sangrado en las niñas son las vulvovaginitis, la presencia de cuerpos extraños, el trauma o el prolapso uretral. En las adolescentes y mujeres en edad fértil, las causas más frecuentes de sangrado son las secundarias al embarazo, a ciclos anovulatorios y a enfermedades uterinas benignas. Si bien la atrofia endometrial es la causa de sangrado más frecuente durante la peri y postmenopausia, debe descartarse siempre la patología tumoral (ej. carcinoma de endometrio). La clasificación de las principales causas de sangrados anormales se describe en el cuadro 1 y las principales definiciones en los cuadros 2 y 3.

Cuadro 1: causas de sangrados ginecológicos anormales

Alteración del eje hipotálamo hipofisario (sangrado uterino disfuncional): secundaria a anovulación, constituye la causa más frecuente y representa más del 80% de los sangrados anormales en las adolescentes y mujeres en edad fértil que no están embarazadas.

Enfermedades benignas del tracto genital: miomas o "fibromas", pólipos cervicales, pólipos endometriales, endometriosis, hiperplasia endometrial, atrofia endometrial, cervicitis y endometritis.

Carcinoma endometrial, cáncer cervical y cáncer vaginal.

Traumatismos y cuerpos extraños: dispositivo intrauterino (DIU) o cuerpos autointroducidos.

Problemas del primer trimestre del embarazo: embarazo ectópico, amenaza de aborto y aborto completo.

Enfermedades sistémicas: disfunción tiroidea, enfermedad de Cushing, Addison, enfermedad de von Willebrand, leucemia, trombocitopenia e insuficiencia renal o hepática.

Uso de medicamentos que provocan o aumentan el sangrado (aspirina, dicumarínicos, heparina).

El sangrado uterino disfuncional es responsable del 85% de los sangrados ginecológicos anormales.

SISTEMÁTICA DE ESTUDIO

Ante un sangrado uterino anormal, el médico debe plantearse siempre dos objetivos iniciales: 1) descartar la emergencia y el embarazo; 2) orientarse en el diagnóstico.

En las situaciones de sangrado agudo, cuando éste es muy abundante, debe evaluarse rápidamente a la paciente, siendo importante detectar la presencia de taquicardia, hipotensión ortostática y solicitar un hematocrito. Si la paciente tiene hipotensión ortostática o si el hematocrito desciende a 30% o menos, la paciente debe ser hospitalizada. El tratamiento en estos casos será el de la enfermedad de base más la probable indicación de una transfusión y manejo de la inestabilidad hemodinámica.

Los primeros pasos del manejo de una paciente con sangrado ginecológico anormal se refieren a evaluar su estabilidad hemodinámica y a determinar si está o no embarazada.

En muchos casos se deberá utilizar algún tratamiento hormonal de los que se describen más adelante. Ante todo sangrado anormal debe pensarse en las complicaciones del embarazo y descartarlas ya que su manejo es altamente específico.

En estas situaciones clínicas es de gran utilidad el interrogatorio, debiéndose preguntar acerca de la presencia de otros sitios o episodios de sangrado, del uso de medicación antiagregante o anti-

coagulante y del antecedente familiar de coagulopatía; así como el patrón de sangrado previo, los métodos anticonceptivos utilizados y los antecedentes ginecológicos, obstétricos y clínicos. También es importante indagar acerca de signos que puedan orientar al diagnóstico de una enfermedad sistémica.

En el examen físico es importante evaluar siempre el cuello cervical mediante el tacto vaginal y la especuloscopia para determinar si está cerrado o permeable; así como el resto del tracto genital externo y región perineal ya que el sangrado puede ser vaginal, vulvar, anorrectal, etc.

Exámenes complementarios útiles para el diagnóstico etiológico

Ecografía transvaginal

La ecografía transvaginal es el método de elección para evaluar el espesor de la pared endometrial. Sirve además, para informar sobre la anatomía pelviana. Los valores de corte dependen de la población de estudio.

Pacientes premenopáusicas: en este grupo el valor de corte de espesor endometrial no está aún del todo definido. Se considera que el valor máximo podría ser de 11mm en la etapa proliferativa. Cabe considerar que las mujeres premenopáusicas con historia de anovulación por más de un año (síndrome de ovario poliquístico, anorexia nerviosa o atletas de competición con trastornos del ciclo) tienen un riesgo elevado de desarrollar hiperplasia endometrial.

Pacientes postmenopáusicas: en esta población se considera anormal un espesor endometrial mayor a 5mm. En la perimenopausia también se debe considerar anormal toda alteración en la línea endometrial (como doble línea o alteraciones de la ecogenicidad). En ambos casos se debe proceder a una biopsia.

El valor predictivo negativo de la ecografía transvaginal para el diagnóstico de carcinoma endometrial en el sangrado de la postmenopausia es cercano al 100%. Esto quiere decir que si una paciente postmenopáusica sangra y el espesor endometrial es de 5mm o menor, la probabilidad de que tenga un cáncer de endometrio es prácticamente nula.

¿A quiénes estudiar?

Las pacientes peri o postmenopáusicas, o que tengan historia de anovulación por más de un año, y que presenten un sangrado ginecológico, deberán estudiarse mediante ecografía transvaginal. También deben estudiarse aquellas pacientes en quienes se sospecha una lesión orgánica que necesite evaluación o confirmación. Cuando la ecografía transvaginal muestra una alteración, se debe consultar con el ginecólogo para la eventual realización de una biopsia endometrial.

Las pacientes peri o postmenopáusicas o que tengan historia de anovulación por más de un año y que presenten un sangrado ginecológico, deberán estudiarse mediante ecografía transvaginal.

Luego de la menopausia se considera anormal un espesor endometrial mayor a 5mm o cualquier alteración de la línea endometrial.

Durante la premenopausia el valor máximo de espesor endometrial sería de 11mm en la etapa proliferativa.

Ecografía transabdominal

En las mujeres postmenopáusicas o no embarazadas, actualmente tiene mayor rédito diagnóstico la ecografía transvaginal ya que tiene mayor resolución de las estructuras pelvianas y presenta menos artefactos que la ecografía transabdominal. Esta última se indica

en prepúberes, mujeres que no hayan iniciado relaciones sexuales o que no toleren la ecografía transvaginal.

La ecografía es actualmente un método muy usado para el diagnóstico de la miomatosis uterina. Esta entidad es bastante frecuente y se puede diagnosticar por sus síntomas (hipermenorrea, menorragia, metrorragia y/o anemia) por el examen pelviano o por una ecografía "de rutina" en la mujer asintomática.

Papanicolaou y colposcopia

El Papanicolaou y la colposcopia son muy útiles para el diagnóstico de las neoplasias cervicales. El PAP tiene muy baja sensibilidad para el diagnóstico del cáncer de endometrio, pero una alta especificidad en mujeres postmenopáusicas.

Búsqueda de *Chlamydia* y *Gonococo*.

El cultivo de *chlamydia* o *gonococo* es útil ante la sospecha de cervicitis, pudiéndose también indicar la realización de un examen directo o Gram del exudado vaginal para descartar vulvovaginitis.

Otras pruebas diagnósticas

El hemograma puede ser útil para evaluar el grado de anemia de las pacientes con menorragia o hipermenorrea.

Como el hipotiroidismo también puede ser causa de sangrados anormales (habitualmente hipermenorrea o menorragia) se debe evaluar a la paciente en cuanto a la presencia de signos y síntomas de hipotiroidismo y solicitar eventualmente una TSH. Ante situaciones de sangrados irregulares crónicos debe solicitarse además, un dosaje de *prolactina*.

También deberá tenerse en cuenta la posibilidad de una coagulopatía además de descartar el uso de medicamentos con acción antiagregante como la aspirina. En las adolescentes que presentan sangrados recurrentes y refractarios al tratamiento inicial se debería descartar la enfermedad de Von Willebrand (entidad muy rara).

En las pacientes con sangrados anormales crónicos debe considerarse la pesquisa de hipotiroidismo e hiperprolactinemia y el uso de drogas con acción antiagregante.

MANEJO DE LA PACIENTE CON SANGRADO ANORMAL

Manejo de la paciente con sangrado agudo

Muchas veces, en la práctica, cuando la paciente tiene un sangrado agudo, es necesario detenerlo antes de obtener el diagnóstico etiológico correcto ya que puede ser prioritario descartar la emergencia. Por lo tanto, la orientación en el diagnóstico puede superponerse al manejo del sangrado agudo, siempre que se hayan descartado mediante el interrogatorio y el examen físico algunas causas de sangrado (ej. embarazo, traumatismo de vagina). El resto de los casos deben ser interpretados como debidos a un sangrado uterino disfuncional (SUD), responsable del 85% de los sangrados.

El tratamiento de elección para detener el sangrado es una combinación fija de estrógeno y progesterona dado que el endometrio sangra porque la cantidad de estrógeno es insuficiente para "sostenerlo" y, por otro lado, no se produce la transformación del endometrio proliferativo al secretor debido a la ausencia del cuerpo lúteo que produce la progesterona.

Los siguientes son ejemplos de combinaciones de estrógeno y progesterona útiles para el manejo agudo del sangrado anormal. Pueden utilizarse preparados que contengan 0.01 mg de etinilestra-

diol y 2mg de noretisterona. Se deben indicar de tres a seis comprimidos por día (uno a dos cada 8h) inicialmente hasta cortar el sangrado seguidos de un comprimido cada 8h por dos días, luego uno cada 12h por dos días y finalmente, uno por día hasta completar un tratamiento total de 21 días. Otro esquema es utilizar anticonceptivos orales a bajas dosis (ACO) indicando un comprimido cada seis horas durante cinco días y luego un comprimido por día hasta completar dos cajas (la paciente utilizará 20 comprimidos los primeros cinco días y luego completará 21 días de tratamiento con un comprimido diario. Al terminar la segunda caja ocurrirá un sangrado por privación). También puede optarse por indicar progesterona solamente (transforma el endometrio proliferativo en secretor). Se indican 100 ó 200mg de progesterona por vía intramuscular ó 10mg por día de medroxiprogesterona durante 10 días.

El tratamiento de elección para detener el sangrado es una combinación fija de estrógeno y progesterona, por ejemplo la que puede lograrse a través del uso de anticonceptivos orales.

Manejo de la paciente con sangrados crónicos

Habitualmente, las pacientes que presentan hipermenorrea, menorragia o sangrado intermenstrual tienen ciclos ovulatorios, mientras que, cuando el motivo de consulta es por metrorragia, polimenorrea u oligomenorrea, lo más habitual es que se trate de ciclos anovulatorios.

Además del manejo específico de cada entidad en particular, la mayoría de los sangrados anormales pueden manejarse con tratamiento médico.

Hipermenorrea y menorragia

La causa más frecuente de hipermenorrea y menorragia es la presencia de miomas (vulgarmente "fibromas"). Otras causas menos frecuentes de sangrado son la endometriosis y el hipotiroidismo. Para evaluar estas causas se debe examinar la pelvis, realizar una ecografía pelviana y eventualmente un dosaje de TSH.

La miomatosis debe manejarse exclusivamente sobre la base de los síntomas que produce. Sólo debería considerarse la opción quirúrgica (miomectomía o histerectomía según se quiera preservar el útero o no) si el tratamiento médico sintomático de los sangrados (ver mas adelante) fracasa, si la paciente presenta anemia recurrente, trastornos por compresión vesical (ej. polaquiuria) o bien, si el mioma es pediculado (por el peligro de torsión). En cuanto a las indicaciones quirúrgicas de las pacientes con dolor pelviano o dispareunia que tienen miomas, entramos en las típicas controversias en las que debe ser el cirujano experimentado el que decida la conducta, ya que el mioma puede o no ser la causa del dolor. En muchos casos, esto no se sabrá hasta después de la cirugía. Algunos autores opinan que si el mioma es lo suficientemente grande como para ser palpado desde el abdomen la paciente debería operarse aunque esté asintomática.

Los miomas son la causa más frecuente de hipermenorrea y menorragia.

Para el manejo de los sangrados puede indicarse antiinflamatorios no esteroideos.

Si la paciente desea anticoncepción se pueden indicar anticonceptivos orales y en caso contrario, 10mg/día de medroxiprogesterona durante los últimos diez a doce días del ciclo.

Otra causa frecuente de hipermenorrea o menorragia es la presencia del dispositivo intrauterino (DIU). En estos casos, y especialmente si la paciente no se encuentra cómoda o el hematocrito cae en forma insidiosa, debería removerse el DIU.

Manejo no quirúrgico de los sangrados: para el manejo médico de los sangrados puede indicarse antiinflamatorios no esteroideos como el ácido mefenámico en dosis de 500mg cada 8 horas, ibuprofeno en dosis de 200mg cada 8 horas, etc. Estas drogas actúan sobre las prostaglandinas, disminuyendo la cantidad de sangrado. Si la paciente desea anticoncepción, se pueden indicar ACO por seis meses a un año.

Si la paciente no desea anticoncepción, lo ideal es indicar 10mg/día de medroxiprogesterona durante los últimos diez a doce días del ciclo (ej. del día 15 al 25) y repetir el tratamiento todos los meses. Si la paciente tiene anemia, se debe indicar también terapia con hierro.

Sangrado intermenstrual

Este sangrado ocurre durante la ovulación cuando el nivel de estrógenos cae y, en general, no requiere tratamiento. Se debe descartar insuficiencia estrogénica como la que se observa por el uso de ACO, cervicitis, vulvovaginitis y embarazo.

En las pacientes que utilizan ACO de bajas dosis, si sangran en la mitad del ciclo y les molesta el sangrado, se puede aumentar la dosis de ACO, pasar a trifásicos o utilizar estrógenos conjugados en dosis de 1.25mg por día durante siete a diez días.

El sangrado intermenstrual no suele requerir tratamiento.

Sangrados uterinos disfuncionales

Los sangrados uterinos disfuncionales son sangrados anovulatorios cuyo patrón de sangrado puede ser tanto la metrorragia, la polimenorrea o la oligomenorrea. Pese a que es la causa de sangrado más frecuente, antes de tratarla el médico deberá estar seguro de que no se trata de una complicación del embarazo, de enfermedades locales benignas o malignas o de enfermedades sistémicas. Una vez interrumpido, de acuerdo a lo explicado anteriormente, habrá

que definir el manejo ambulatorio en base a la edad de la paciente y, a si desea o no embarazo.

En las pacientes que desean método anticonceptivo concomitante el tratamiento de elección son los anticonceptivos orales utilizados en la forma tradicional (21 días de uso y siete de descanso, en los cuales sobreviene el sangrado por privación). Regularizan el ciclo y son anovulatorios.

En las pacientes que no desean anticoncepción o con contraindicación para el uso de estrógenos, la mejor opción es utilizar medroxiprogesterona en dosis de 10mg por día durante diez días (del día 15 al 25 del ciclo, tomando como primer día el primer día de la menstruación). Luego sobreviene un sangrado por privación. Este tratamiento puede repetirse todos los meses. Debe recordarse que la paciente puede quedar embarazada si no utiliza un método anticonceptivo ya que la progesterona sola no es anovulatoria.

En el caso de las mujeres perimenopáusicas, si desean anticoncepción, deberán utilizarse ACO. Si no desean anticoncepción, pueden utilizar medroxiprogesterona.

Las pacientes que desean embarazo y no lo logran deben derivarse al especialista para iniciar tratamiento con inductores de la ovulación. Se recomienda consultar con el especialista a las pacientes con sangrado en el embarazo de difícil manejo, patología tumoral benigna que requiera tratamiento quirúrgico, patología tumoral maligna, procedimientos diagnósticos invasivos, dudas en la evaluación o en el manejo y en las pacientes refractarias al tratamiento médico.

Una vez descartado el embarazo y los sangrados secundarios a problemas locales o sistémicos, las pacientes con sangrados uterinos disfuncionales pueden manejarse con progesterona o con anticonceptivos orales, según deseen o no embarazarse.

La **figura 2** es un algoritmo de manejo del sangrado uterino anormal en adolescentes y mujeres adultas.

Cuadro 2: Definición de los trastornos del ciclo y tipos de sangrados anormales

Pubertad retrasada: ausencia de caracteres sexuales secundarios después de los 14 años, que en la mujer son el desarrollo de vello pubiano (pubarca) y el desarrollo mamario (telarca).

Amenorrea primaria: ausencia de menstruación espontánea en niñas de 14 años que no han desarrollado caracteres sexuales secundarios o en niñas de 16 años con presencia de caracteres sexuales secundarios.

Amenorrea secundaria: ausencia de menstruación por 90 días en mujeres que previamente tenían ciclos normales.

Sangrado uterino anormal: el que no respeta el patrón normal (el que sucede cada 28 ± 7 días, dura entre 1 y 5 días y no supera los 80ml). Dentro de los sangrados uterinos anormales pueden considerarse algunas variantes que se detallan en el cuadro 2.

Cuadro 3: Sangrados uterinos anormales

Hipermenorrea: sangrados uterinos regulares, de duración normal, pero en cantidad excesiva (mayor de 80ml).

Menorragia: pérdida ginecológica excesiva, con características de hemorragia importante, de duración prolongada y que aparece a intervalos regulares.

Metrorragia: sangrado uterino que aparece fuera del periodo menstrual de cantidad es variable.

Sangrado intermenstrual (spotting): sangrado escaso que se produce entre dos periodos normales. Puede ocurrir luego de la ovulación durante un ciclo normal debido a la caída postovulatoria que normalmente sufren los estrógenos, durante la toma de anticonceptivos orales (por dosis estrogénica insuficiente) o bien a causa de una cervicitis por Chlamydia

Polimenorrea: patrón de sangrado periódico y regular, pero con una frecuencia menor a 21 días.

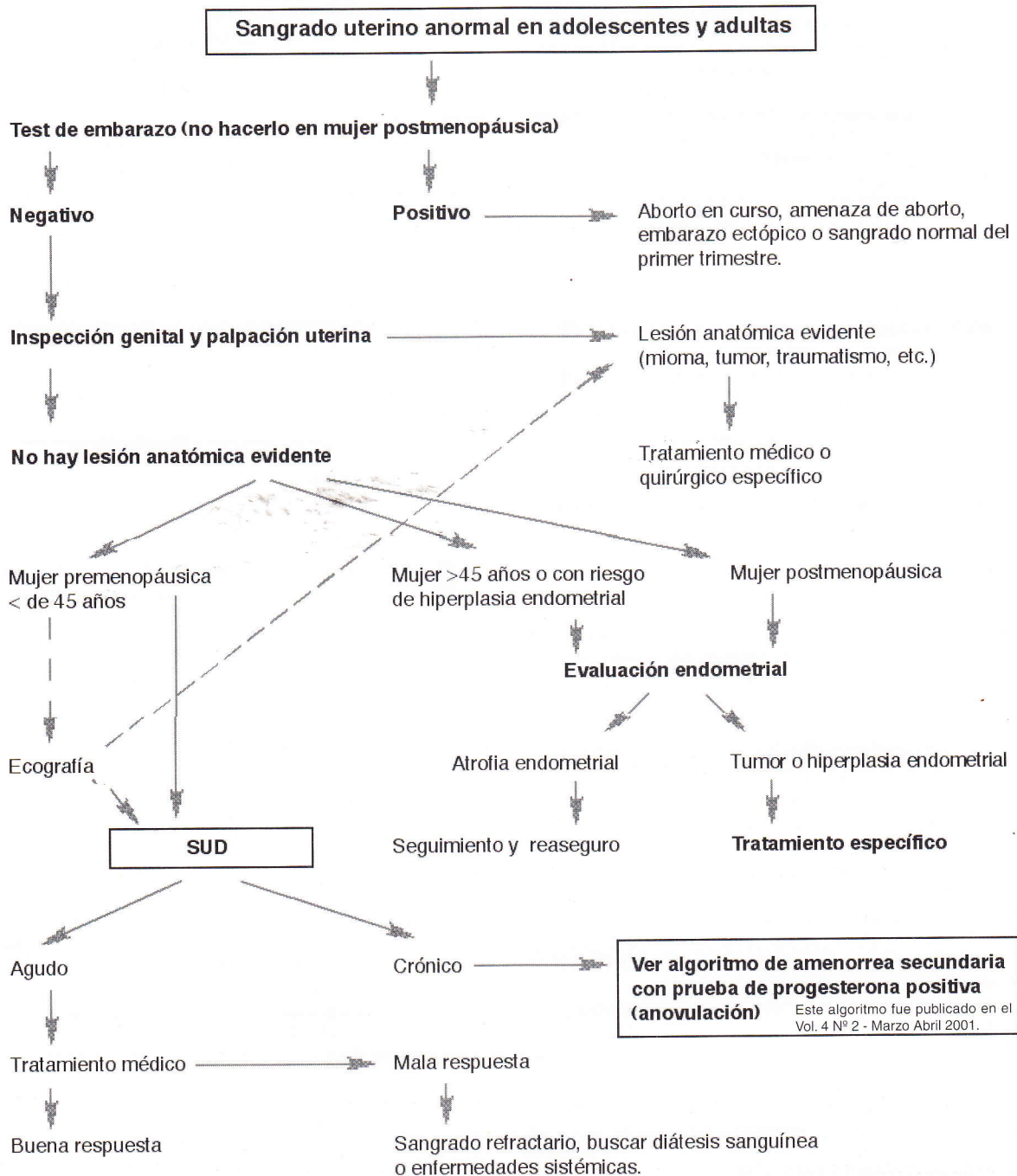
Hipomenorrea: sangrados uterinos regulares, de duración normal, pero en cantidad reducida.

Oligomenorrea: patrón de sangrado periódico pero con una frecuencia mayor a 35 días.

Sangrado de la post menopausia: sangrado uterino que sucede luego de un año de la última menstruación (menopausia).

Sangrado en las niñas: si se produce antes de los nueve años debe considerarse anormal.

Figura 2



SUD: sangrado uterino disfuncional (la línea de puntos indica que puede o no realizarse)

Dras. Claudia Dreyer, Vilda Discacciatti y Karina Bakalar

[Unidad de Medicina Familiar y Preventiva del Hospital Italiano de Buenos Aires]

Bibliografía Recomendada

Carson SA, et al. Ectopic pregnancy. N Engl J Med 1993; 329(16): 1174-81.
 Copeland LJ, et al. Ginecología. 1ª ed. Buenos Aires: Panamericana, 1994.
 Cowan BD, et al. Management of abnormal genital bleeding in girls and women. N Engl J Med 1991; 324(24): 1710-5.
 Glass RH. Office gynecology. 3rd ed. Baltimore: Williams & Wilkins, c1988.
 Goroll AH, et al. Primary care medicine: office evaluation and management of the adult patient. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott, 1995.
 Hacker NF, et al. Essentials obstetrics and gynecology. 2nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders, c1992.
 Havens C, et al. Manual of outpatient gynecology. 3rd ed. Boston: Little, Brown, c1996. (A Little, Brown spiral manual).
 Johnson CA. Making sense of dysfunctional uterine bleeding. Am Fam Physician 1991; 44(1): 149-57.