

METRORRAGIAS

- Dr. José Santiago-Cuadri Artacho (*).
- Dr. José Antonio Navarro Repiso (*).
- Dr. Addi Mohamed (**).

(*) F.E.A. en Obstetricia y Ginecología. Hospital de la Cruz Roja-Insalud de Ceuta.

(**) Médico ginecólogo y especialista en “ Educación para la Salud “. Clínica de la Media Luna de Tetuan.

Dirección para correspondencia:
Dr. José Santiago-Cuadri Artacho.
C/ Velarde nº 6. 3ºA
51001 Ceuta

INDICE

- I. Introducción.**
- II. Terminología.**
- III. Causas extrauterinas de sangrado genital.**
- IV. Clasificación etiológica de las metrorragias.**
 - 1. Metrorragias con origen orgánico conocido.**
 - A/ Metrorragias gravídicas.**
 - Metrorragias del I trimestre.
 - Metrorragias del II-III trimestre.
 - B/ Metrorragias no gravídicas.**
 - Cervicales.
 - Corporales.
 - 2. Metrorragias no causadas por patología orgánica o hemorragia uterina disfuncional.**
 - A/ Ovulatoria.**
 - B/ Anovulatoria.**
- V. Diagnóstico.**
 - 1. Anamnesis.**
 - 2. Examen físico.**
 - 3. Pruebas de laboratorio.**
 - 4. Pruebas complementarias.**
- VI. Tratamiento.**
 - 1. Hemorragia uterina disfuncional crónica.**
 - A/ Hemorragia uterina disfuncional ovulatoria.**
 - B/ Hemorragia uterina disfuncional anovulatoria.**
 - 2. Hemorragia uterina disfuncional aguda.**
- VII. Tablas y figuras.**
- VIII. Bibliografía.**
- IX. Prueba de evaluación.**

I. Introducción

Las hemorragias uterinas son una de las causas más frecuentes de consulta ginecológica. Se puede definir como la pérdida sanguínea anormal de origen uterino. Muestra una gran multiplicidad fisiopatológica, lo que supone una de sus principales dificultades para realizar un diagnóstico etiológico.

Englobaría todas aquellas alteraciones patológicas en el patrón normal del flujo o el ritmo menstrual, así como aquellas pérdidas vaginales que se producen durante el embarazo.

Los términos *períodos menstruales*, *reglas* o *períodos* deben ser utilizados para referirse a la descamación cíclica regular del endometrio, secundaria a los cambios hormonales asociados con la ovulación. La hemorragia que no se adapta a esta definición, no es una regla; debe describirse en relación con la cantidad, duración e intervalo, y se debe referir solamente como una hemorragia.

II. Terminología

Las menstruaciones normales duran entre 3 y 7 días, con intervalos entre ellas de 24 a 35 días, siendo la pérdida de sangre menstrual inferior a 180-200 ml. por ciclo.

Los términos que describen la hemorragia patológica no son enteramente satisfactorios, porque no indican la causa de la anomalía (**Fig. 1**).

Las alteraciones en el intervalo menstrual las definimos como:

- **Oligomenorreas**: cuando el intervalo entre regla y regla esté por encima de los 35 días.
- **Polimenorreas**: cuando el intervalo entre regla y regla sea menor a 24 días.

Las alteraciones en intensidad del flujo menstrual son:

- **Hipomenorreas** (regla de escasa duración): cuando la duración no supera los 2 días.
- **Hipermenorreas ó menorragias** (regla excesiva): recoge aquellas situaciones con reglas regulares pero abundantes (pérdidas superiores a los 180-200 ml. por ciclo).
- **Dolicomenorreas** (regla alargada): cuando la duración es superior a los 7 días.

El término más característico para designar a los sangrados vaginales independientes de la menstruación es:

- **Metrorragias** (sangrado procedente del útero): no hacen referencia a la intensidad de la pérdida y no guarda relación con la regla.

-

III. Causas extrauterinas de sangrado genital

Al valorar una metrorragia, el primer problema es identificar su origen uterino.

Las causas más frecuentes de sangrado genital no dependiente del útero son (**Tabla 1**):

- Genitales externos: varices, traumatismos, infecciones, alteraciones tróficas, neoplasias.
- Vagina: varices, traumatismos, infecciones, alteraciones tróficas, neoplasias, adenosis, cuerpo extraño.
- Órganos vecinos:
 - Vías urinarias: carúncula, divertículo, infecciones, neoplasias.
 - Aparato digestivo: neoplasias, fisura anal, hemorroides.

IV. Clasificación etiológica de las metrorragias

Las causas de metrorragias se pueden dividir en dos grandes grupos (**Tabla 2**):

1. Metrorragias con origen orgánico conocido.
2. Metrorragias no causadas por patología orgánica o hemorragia uterina disfuncional.

IV.1. Metrorragias con origen orgánico conocido

Se incluyen aquí todos aquellos procesos morbosos de origen uterino que pueden en algún momento ocasionar metrorragia ⁽¹⁾. Según tengan o no relación con el proceso reproductivo, se clasifican en:

- A/ Metrorragias gravídicas.
- B/ Metrorragias no gravídicas.

A/ Metrorragias gravídicas

La patología del embarazo capaz de producir sangrado ⁽²⁾ la podemos dividir en (**Tabla 3**):

- **Metrorragias del I trimestre.**

- Aborto: expulsión o extracción de un embrión o feto de menos de 500 gramos o de 22 semanas de gestación, independientemente de la viabilidad o no del producto y del carácter espontáneo o provocado del mismo. Se habla de “amenaza de aborto” ante la presencia de metrorragia con o sin dolor durante el tiempo de gestación correspondiente a la definición de aborto. Se estima una frecuencia media del 10% de todos los embarazos, que aumentaría de forma considerable si incluyéramos los casos no diagnosticados clínicamente.
- Enfermedad trofoblástica: abarca una serie de entidades histopatológicas, tanto benignas como malignas, con asiento en el tejido trofoblástico (mola hidatiforme, mola invasiva, coriocarcinoma y tumor trofoblástico del lecho placentario).
- Embarazo ectópico: implantación del blastocito en cualquier parte distinta del endometrio que reviste la cavidad uterina. Cerca del 98% de los embarazos ectópicos asientan en la trompa de Falopio.
- **Metrorragias del II-III trimestre.**
 - Placenta previa: implantación de la placenta en el segmento inferior uterino, pudiendo llegar a anteponerse totalmente a la presentación fetal. Es una de las causas más frecuentes de hemorragia vaginal anteparto. Cerca del 4% de todas las gestaciones presentan pérdidas hemáticas en el tercer trimestre, de las que más de una quinta parte están causadas por placenta previa.
 - Desprendimiento de la placenta normalmente inserta (“abruptio placentae”): separación de la placenta de su área de inserción antes del tercer período del parto. Acontece en torno al 0.8% de las gestaciones y su severidad abarca un amplio abanico, desde casos asintomáticos descubiertos a posteriori, a otros cataclísmicos con graves complicaciones materno-fetales.
 - Amenaza de parto prematuro: se entiende por parto pretérmino aquel que tiene lugar entre la 20 y la 37 semanas de gestación y es una de las causas más importantes de morbilidad perinatal.
 - Rotura de vasos previos: pocas veces la hemorragia es consecuencia de la inserción velamentosa del cordón umbilical con rotura de un vaso sanguíneo fetal en el momento de la rotura de las membranas.

B/ Metrorragias no gravídicas

Las causas más frecuentes de hemorragia uterina orgánica no gravídica ⁽³⁾ son
(Tabla 4):

- Cervicales.

- Ectopia: extensión del epitelio glandular cilíndrico desde el endocérnix a la porción visible del ectocérnix. La hemorragia aparece debido al efecto de una infección o de traumatismos con el coito. Su frecuencia oscila entre un 15 y un 85%, siendo mayor en el período peripuberal.
- Pólipo: proliferación polipoide de la mucosa cervical, en la que intervienen, parcial o totalmente, los diversos elementos que la constituyen (epitelio, glándulas, estroma). Es una patología frecuente, hallada en un 1 a un 5% de las mujeres que consultan al ginecólogo, pero sobre todo en las multíparas y en las mujeres mayores de 45 años. La metrorragia que produce suele ser continua, procedente de la ulceración del pólipo o bien coitorragias.
- Cáncer: el síntoma más frecuente y precoz es la hemorragia genital acíclica, irregular e intermitente, que a menudo se desencadena por una acción mecánica directa sobre la superficie tumoral, como por ejemplo, el coito o en el curso de exploraciones digitales o instrumentales.

- Corporales.

- Pólipo endometrial: formación benigna del tejido endometrial, que se halla, aproximadamente, en el 10% de los úteros examinados por necropsias. Son más frecuentes entre los 40 y 50 años de edad. El síntoma de presentación más común es la hemorragia intermenstrual o como una menstruación excesiva. Los pólipos endometriales representan, aproximadamente, el 23% de metrorragias postmenopáusicas y el 6,8% de todos los casos de metrorragia en mujeres entre los 20-40 años.
- Hiperplasia endometrial: proliferación benigna caracterizada por el aumento de la densidad de las glándulas endometriales morfológicamente anormales. El estroma muestra también un cierto grado de proliferación, pero inferior a las glándulas. Se presenta, habitualmente, en mujeres en la etapa premenopáusica o postmenopáusica en forma de hemorragias uterinas anormales.

- Adenomiosis ⁽⁴⁾: presencia de glándulas endometriales y estroma dentro del miometrio, acompañadas por hipertrofia compensatoria del miometrio. Debe sospecharse cuando una mujer que ha tenido hijos y que presenta menorragia y dismenorrea muestra un útero agrandado en forma difusa y a menudo sensible a la palpación. El sangrado suele ser cíclico, importante y prolongado.
- Neoplasias benignas:
 - Mioma: neoformación uterina benigna compuesta esencialmente por tejido muscular, aunque también puede haber una cantidad variable de tejido conectivo. La hemorragia no guarda relación estricta con el tamaño de la tumoración; en cambio, si lo suele hacer con su localización, siendo más frecuente en los miomas submucosos e intersticiales que en los subserosos.
- Neoplasias malignas:
 - Carcinomas: excepcional su presentación por debajo de los 40 años, y únicamente un 20% se diagnostica premenopáusicamente.
 - Sarcomas: procesos malignos que se originan en el tejido conectivo, en oposición a los carcinomas que nacen de las superficies epiteliales. Constituyen entre el 2 y el 4% de los cánceres uterinos.

IV.2. Hemorragia uterina disfuncional

Se puede definir la hemorragia uterina disfuncional como la hemorragia anormal procedente del endometrio, no causada por patología orgánica (trauma, neoplasia, inflamación, embarazo).

Según su relación con el ciclo ovárico las dividimos en (**Tabla 5**):

A/ Ovulatoria.

- Spotting ovulatorio: del 60 al 94% de las mujeres que ovulan presentan hemorragia uterina, aunque ésta sea microscópica. La causa parece ser la caída de estrógenos circulantes que se produce tras la ruptura folicular.
- Deficiencia folicular ó lútea: la deficiencia en la fase folicular ó lútea origina frecuentemente hemorragias pre o postmenstruales, o bien se presentan como polimenorreas.

- Enfermedad de Halban: la persistencia del cuerpo lúteo debido a una excesiva actividad de la LH origina frecuentemente menorragias.
- Alteración de las prostaglandinas: no hay duda que las prostaglandinas intervienen de manera importante en la hemostasia endometrial y que la alteración de su síntesis origina hemorragia uterina tanto en ciclos ovulatorios como anovulatorios. Una disminución de la PG F2 α (que produce vasoconstricción y contracción miometrial) y de la PG E2 (que estimula la contracción miometrial) junto a un incremento de la PG I2 (que provocaría vasodilatación, relajación miometrial y reduciría la agregación plaquetaria), serían las responsables de la hemorragia uterina.
- Alteración de la coagulación-fibrinólisis: cuando se ha intentado vincular la hemorragia uterina con alteración de la coagulación en mujeres por lo demás normales, no se han identificado diferencias en los valores plasmáticos de los factores de la coagulación, o en la cantidad de ellos en la sangre recogida de la vagina. La ingestión de sustancias anticoagulantes puede provocar hemorragias uterinas. Sin embargo, sí se ha señalado intensificación de la fibrinólisis en mujeres menorragias, aunque no se ha precisado el mecanismo exacto de tal incremento.
- Sustancias heparina-like en el endometrio: se ha demostrado síntesis de sustancias heparina-like en el endometrio de mujeres con hipermenorrea.
- Acción hormonal:
 - endógena: los quistes funcionales del ovario y los tumores funcionantes ováricos (arrenoblastomas, tumores de células del hilio, de la granulosa y de la teca), por la alteración endocrina que producen, son causas de hemorragias uterinas. Las neoplasias tubáricas y la esterilización quirúrgica tubárica pueden producir hemorragias uterinas por alteración de la función ovárica. Del mismo modo, el ectópico extrauterino, por los cambios endocrinos que conlleva, es origen de hemorragias.

Los trastornos de la nutrición por defecto o exceso son causas de hemorragias uterinas, en el primer caso por alteración del eje hipotálamo-hipófiso-ovárico y en el segundo fundamentalmente por alteración hormonal periférica (mayor conversión de andrógenos en estrógenos).

Los trastornos autoinmunitarios (artritis reumatoide, tiroiditis de Hashimoto, lupus eritematoso sistémico) pueden acompañarse de

hemorragias uterinas al provocar cambios endocrinos como consecuencia de insuficiencia ovárica prematura. Lo mismo sucede en la ooforitis postparotidítica.

- exógena: ciertos fármacos que actúan a nivel hipotalámico, como morfina, reserpina, fenotiacida, inhibidores de la M.A.O., drogas anticolinérgicas y clorpromazina, van a alterar el eje hipotálamo-hipófiso-ovárico y pueden ser causa de metrorragias.

La ingestión de hormonas, bien como fármacos (anticonceptivos, tratamiento sustitutivo en menopausia) o involuntariamente con los alimentos (carne de animales engordados con estrógenos) es causa de hemorragias uterinas.

- Debilidad miometrial y congestión pelviana: la debilidad miometrial que se produce en las grandes múltiparas y el síndrome de congestión pelviana (pelvipatía vegetativa congestiva) son causa de algunos casos de metrorragias.
- Alteraciones vasculares endometriales: por microscopia electrónica se muestran alteraciones vasculares en el endometrio de pacientes con hemorragias no explicadas, y también se han descrito fibrosis de las arterias espirales que hacen a éstas más susceptibles a la ruptura, y por tanto a la presencia de hemorragias.
- Causas generales ⁽⁵⁾:
 - Patología suprarrenal: la patología de las glándulas suprarrenales (hiperplasia suprarrenal, síndrome de Cushing, enfermedad de Addison, tumores productores de estrógenos y el síndrome de A.C.T.H. ectópico) se acompaña de disfunción menstrual, siendo ésta en muchos casos en forma de hemorragia anormal.
 - Patología tiroidea: el hipotiroidismo y el hipertiroidismo también son causa de disfunción menstrual. La hemorragia menstrual excesiva es un signo que presentan incluso el 45 % de las mujeres con mixedema. También se ha relacionado la hemorragia con formas subclínicas de hipotiroidismo.
 - Hepatopatías: las enfermedades hepáticas que provocan alteración del metabolismo normal de las hormonas esteroideas se acompañan de alteraciones menstruales.

- Diabetes: en la era preinsulínica eran frecuentes las anomalías hemorrágicas y la amenorrea en las pacientes diabéticas, siendo en la actualidad una causa poco común de alteraciones menstruales.
- Discrasias sanguíneas ⁽⁶⁾: comprenden el 20% de los cuadros de menorragias en adolescentes. Las más frecuentes son la enfermedad de Von Willebrand ⁽⁷⁾, la deficiencia de protombina, la púrpura trombocitopénica idiopática y las deficiencias de factores II, V, VII y XI. Estos trastornos pueden originar hipermenorreas o menorragias tanto en pacientes con ciclos ovulatorios como anovulatorios, dado que el problema hematológico no perturba el eje hipotálamo-hipófiso-ovárico.
- Anemia: la anemia ferropénica parece ser responsable de cuadros de menorragia, debido probablemente a déficit de contracción miometrial por falta de hierro.
- Hipertensión: en las pacientes hipertensas y con crisis hipertensivas se observan hipermenorreas y metrorragias que se suelen asociar a pérdidas en otras zonas del organismo, como la mucosa nasal o gingival.
- Insuficiencia renal-hemodiálisis: las pacientes con nefropatía crónica y las sometidas a hemodiálisis presentan con frecuencia disfunción menstrual, debido a las modificaciones en las cifras de esteroides sexuales y a la hiperprolactinemia que presentan más de la mitad de las pacientes.
- Psicológicas: el estrés y las situaciones emocionales conflictivas se acompañan frecuentemente de disfunción menstrual.

B/ Anovulatoria.

- Hiperestronismo: el síndrome de ovarios poliquísticos es el máximo exponente del hiperestrogenismo, sea absoluto o relativo; incluye un índice LH/FSH elevado, hiperandrogenismo más o menos ligero, cierta obesidad e hirsutismo.
- Alteración de las prostaglandinas.
- Alteración de la coagulación-fibrinólisis.
- Sustancias heparina-like en el endometrio.
- Acción hormonal:
 - endógena.
 - exógena.
- Debilidad miometrial.

- Congestión pelviana.
- Alteraciones vasculares endometriales.
- Causas generales.

V. Diagnóstico

Un diagnóstico eficiente de hemorragia uterina anormal requiere un enfoque sistemático que considere cada una de las causas posibles (**Tabla 6**).

Nunca debe instaurarse un tratamiento sintomático sin antes haber llegado a un diagnóstico etiológico seguro.

V.1. Anamnesis.

Debe realizarse una historia clínica detallada y minuciosa, prestando especial atención a la edad, antecedentes familiares y personales, alteraciones nutricionales y factores psicógenos y emocionales predisponentes ⁽⁸⁾.

Un interrogatorio cuidadoso dirigido a las causas de la hemorragia uterina anormal proporciona la base e indica la dirección para seguir realizando la evaluación.

Es importante determinar el flujo menstrual habitual, la asociación de signos y síntomas catameniales y el tiempo que ha durado la hemorragia. Es esencial averiguar los antecedentes sexuales y anticonceptivos. Deben obtenerse los detalles de cualquier cirugía ginecológica reciente o de tratamientos médicos previos por trastornos ginecológicos.

En caso de embarazo habrá que averiguar la edad gestacional a partir de la fecha de la última regla y la sintomatología acompañante a la metrorragia.

V.2. Examen físico.

Debe hacerse hincapié en la biotipología, pues en la obesidad hay aumento de la conversión de androstendiona a estrógenos.

Un examen físico general debe buscar evidencias de enfermedades sistémicas. Debe palparse la glándula tiroidea para detectar agrandamiento o nodularidad, debe evaluarse el hígado para determinar tamaño y contorno y debe inspeccionarse la piel para detectar signos de enfermedad suprarrenal, que incluyen estrías de la mama o el abdomen, hirsutismo,

panículo adiposo excesivo en la región cervical posterior y la región del hombro (“*giba de búfalo*”) y petequias o equimosis.

Deben documentarse presión arterial, temperatura y peso.

La evaluación pelviana debe incluir una cuidadosa atención de la vulva, vagina y el recto como sitios posibles de hemorragia.

La examen con espéculo ayudará a descartar lesiones vaginales y cervicales, además de evidenciar el origen uterino de la hemorragia si observamos la salida de sangre a través del cérvix.

Se necesita un examen bimanual para valorar un posible agrandamiento o dolor a la palpación del útero y los anexos.

El sangrado uterino irregular es frecuentemente el primer síntoma asociado con distintos tipos de aborto, embarazo ectópico y mola hidatiforme. Una anamnesis cuidadosa, una prueba de embarazo (en suero) y una evaluación ecográfica son las claves para el diagnóstico de estos trastornos.

En gestaciones del II-III trimestre es importante valorar el inicio de la metrorragia, sus características y su relación o no con contracciones uterinas (**Tabla 7**).

V.3. Pruebas de laboratorio.

Un hemograma completo, que incluya evaluación de las plaquetas, es esencial para la paciente con hemorragia uterina anormal persistente o refractaria.

Otras pruebas útiles incluyen un nivel sérico cuantitativo de gonadotrofina coriónica para excluir embarazo, nivel de prolactina, pruebas de función tiroidea, andrógenos séricos, nivel de progesterona de fase luteínica media, gonadotrofinas hipofisarias, factores de la coagulación, pruebas renales y hepáticas y pruebas de función suprarrenal. La selección de pruebas de laboratorio específicas debe ser guiada por los hallazgos de la anamnesis y el examen físico.

V.4. Pruebas complementarias.

Sobre la base de la información recogida, la investigación complementaria debe adaptarse a las necesidades de cada caso.

Los métodos de examen disponibles son:

- Ecografía ginecológica: fundamentalmente mediante sonografía endovaginal, con el objeto de estudiar el endometrio y de descartar patologías útero-ováricas. Ante la sospecha de embarazo puede confirmar una gestación intrauterina, ver la vitalidad embrionaria o zonas de desprendimiento placentario ⁽⁹⁾.
- Colposcopia: permite una visualización ampliada del cérvix para su estudio.
- Histeroscopia: técnica endoscópica, cada vez en mayor auge, que permite una visualización directa de la cavidad uterina ^(9,10).
- Citología endometrial: puede realizarse el estudio del endometrio mediante una toma citológica endometrial.
- Legrado-biopsia: puede realizarse en consulta, consiguiendo suficiente mucosa para estudio histológico endometrial.
- Legrado fraccionado: en quirófano, con anestesia. Indicado cuando se sospeche patología orgánica y/o maligna.

Si se descarta patología orgánica y se ha llegado al diagnóstico de hemorragia uterina disfuncional, es importante determinar si ésta es ovulatoria o anovulatoria. Para ello, puede ser de utilidad valorar parámetros como la temperatura basal, progesterona plasmática en fase luteínica media, características del moco cervical y volumen de la pérdida sanguínea.

(Tabla 8).

VI. Tratamiento

En las metrorragias con origen orgánico conocido se aplicará el tratamiento específico para cada entidad (**Figura 2**).

La hemorragia uterina disfuncional es la causa más común de hemorragia del tracto genital en adolescentes y mujeres adultas. Se trata de un diagnóstico de exclusión, establecido una vez que se han eliminado las causas patológicas de hemorragia.

El tratamiento está enfocado a tres objetivos fundamentales:

- Cohibir la hemorragia.
- Regular el ciclo.
- Tratar la ferropenia y la anemia.

La conducta variará en función de la intensidad y la evolución de la hemorragia (**Figura 3**):

VI.1. Hemorragia uterina disfuncional crónica.

A/ Hemorragia uterina disfuncional ovulatoria.

Como es frecuente la insuficiencia luteínica, puede utilizarse progestágenos en la 2ª mitad del ciclo.

Para disminuir el volumen de la pérdida sanguínea se pueden utilizar antiprostaglandínicos (p. ej.: ácido mefenámico) ó antifibrinolíticos (p. ej.: ácido tranexámico).

B/ Hemorragia uterina disfuncional anovulatoria.

La conducta es diferente en función del objetivo perseguido ⁽¹¹⁾.

- Deseo de gestación: inductores de la ovulación ⁽¹²⁾.
- Regularizar el ciclo: la actitud depende de la edad de la paciente y de su estado general. Las pacientes adolescentes que presentan escasa repercusión clínica no precisarán inicialmente ningún tratamiento. En los otros casos se actuará en función del estado estrogénico.
- Hiperestronismo: gestágenos en 2ª mitad del ciclo. En casos seleccionados podemos utilizar análogos de la GnRH para controlar hemorragias recidivantes y preparar a la paciente para tratamiento quirúrgico.
- Hipoestronismo: contraceptivos combinados orales o asociaciones estroprogestagénicas durante 3 a 6 meses.

El tratamiento quirúrgico tendría su indicación en pacientes con hemorragia uterina disfuncional crónica refractaria a tratamiento hormonal, sobre todo en mujeres con deseos genésicos cumplidos o en perimenopáusicas.

VI.2. Hemorragia uterina disfuncional aguda.

El tratamiento sería el legrado uterino, que es a la vez diagnóstico y terapéutico. Estaría indicado en mujeres premenopáusicas, adolescentes que no responden a tratamiento hormonal y en pacientes muy anemizadas.

Otra posibilidad, indicada especialmente en mujeres jóvenes, es el tratamiento farmacológico hemostático, consistente en una asociación estro-progestágena a altas dosis. Existen diferentes pautas, siendo las más utilizadas:

- En hemorragias moderadas se puede administrar, por vía oral, 0,01 mgrs. de etinil-estradiol y 2 mgrs. de acetato de noretisterona, 3-4 veces al día, durante 10 días o bien hasta cohibir la hemorragia y reducir la dosis posteriormente a 2 veces al día, hasta completar 20 días.

- En hemorragias severas administrar, por vía intravenosa, 25 mgrs. de estrógenos equinos cada 4 horas, hasta que la pérdida hemática haya cedido o disminuido, continuando con progestágenos 20 días.

Otros procedimientos a tener en cuenta son:

- Resección endometrial ⁽¹³⁾: consiste en la ablación endometrial empleando láser de Nd-Yag, electrodiatermia o radiofrecuencia. Cuando se recomienda una resección endometrial es porque generalmente no ha habido una respuesta adecuada al tratamiento médico, o bien hay una importante contraindicación para dicho tratamiento, por lo que la alternativa sería practicar una histerectomía, que se evita con la resección endometrial. Asimismo está indicada cuando exista una contraindicación a la histerectomía o sencillamente la paciente no desee ser sometida a tal operación ⁽¹⁴⁾.
- Histerectomía: indicada en los escasos fracasos de la resección endometrial practicada a enfermas con contraindicaciones al tratamiento hormonal o falta de respuesta al mismo, en los casos de patología orgánica asociada (especialmente hiperplasia adenomatosa, miomas, endometriosis, etc...).

La indicación individualizada en cada caso dependerá de la edad, el estado general, el deseo genésico, la posibilidad de efectuar un buen seguimiento clínico de la enferma, la intensidad de la sintomatología, la existencia o no de patología asociada y del informe anatómo-patológico del legrado.

VII. Tablas y figuras

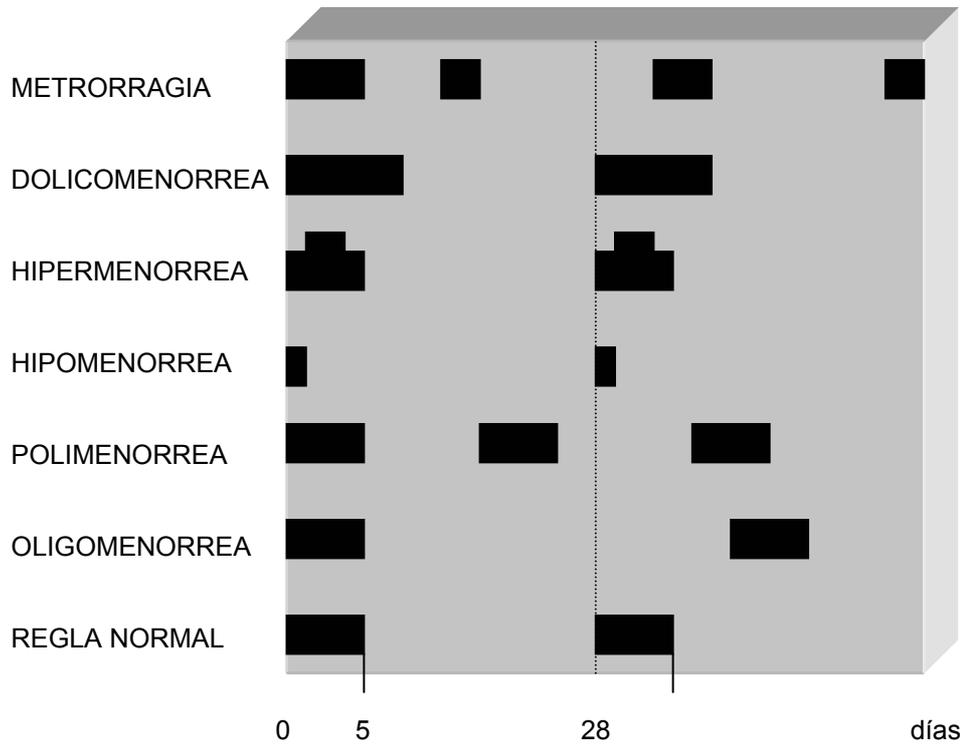


Figura 1.- Menograma.

<p>G. externos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - varices. - traumatismos. - infecciones. - alteraciones tróficas. - neoplasias. <p>Vagina:</p> <ul style="list-style-type: none"> - varices. - traumatismos. - infecciones. - alteraciones tróficas. - neoplasias. - adenosis. - cuerpo extraño. 	<p>Org. vecinos:</p> <p>V. urinarias:</p> <ul style="list-style-type: none"> - carúncula. - divertículo. - infecciones. - neoplasias. <p>Ap. digestivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - neoplasias. - fisura anal. - hemorroides.
--	--

Tabla 1.- Causas extrauterinas de sangrado genital.

- **Metrorragias con origen orgánico conocido:**
 - **Metrorragias gravídicas:**
 - Metrorragias del I trimestre.
 - Metrorragias del II-III trimestre.
 - **Metrorragias no gravídicas:**
 - Cervicales.
 - Corporales.
- **Metrorragias no causadas por patología orgánica o hemorragia uterina disfuncional:**
 - Ovulatoria.
 - Anovulatoria.

Tabla 2.- Clasificación etiológica de las metrorragias.

- **Metrorragias del I trimestre:**
 - Aborto.
 - Enfermedad trofoblástica.
 - Embarazo ectópico.
- **Metrorragias del II-II trimestre:**
 - Placenta previa.
 - Abruption placentae.
 - Amenaza de parto prematuro.
 - Rotura de vasos previos.

Tabla 3.- Metrorragias gravídicas.

- **Cervicales:**
 - Ectopia.
 - Pólipo.
 - Cáncer.
- **Corporales:**
 - Pólipo endometrial.
 - Hiperplasia endometrial.
 - Adenomiosis.
 - Neoplasias benignas:
 - Mioma.
 - Neoplasias malignas:
 - Carcinoma.
 - Sarcoma.

Tabla 4.- Metrorragias no gravídicas.

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Ovulatoria: <ul style="list-style-type: none"> - Spotting ovulatorio. - Deficiencia folicular ó lútea. - Enfermedad de Halban. - Alteración de las prostaglandinas. - Alteración de la coagulación-fibrinólisis. - Sustancias heparina-like. - Acción hormonal: <ul style="list-style-type: none"> - Endógena. - Exógena. - Debilidad miometrial y congestión pelviana. - Alteraciones vasculares endometriales. - Causas generales: <ul style="list-style-type: none"> - Patología suprarrenal. - Patología tiroidea. - Hepatopatías. - Diabetes. - Discrasias sanguíneas. - Anemia. - Hipertensión. - Insuficiencia renal-hemodiálisis. - Psicológicas. | <ul style="list-style-type: none"> - Anovulatoria: <ul style="list-style-type: none"> - Hiperestronismo. - Alt. prostaglandinas. - Alt. coag.-fibrinólisis. - Sust. heparina-like. - Acción hormonal: <ul style="list-style-type: none"> - Endógena. - Exógena. - Deb. miometrial. - Cong. pelviana. - Alt. vasculares end. - Causas generales. |
|--|--|

Tabla 5.- Hemorragia uterina anormal.

- **Anamnesis:**
 - Historia clínica detallada.
 - Causas de la hemorragia uterina anormal.
 - Fórmula menstrual.
 - Antecedentes sexuales y anticonceptivos.
 - Antecedentes ginecológicos y obstétricos.
- **Examen físico:**
 - Biotipología.
 - Examen físico general.
 - Presión arterial, temperatura y peso.
 - Inspección de vulva, vagina y recto.
 - Especuloscopia.
 - Examen bimanual.
- **Pruebas de laboratorio:**
 - Hemograma completo.
 - β -HCG en suero.
 - Prolactinemia.
 - Pruebas de función tiroidea.
 - Andrógenos séricos.
 - Progesterona en 2ª fase.
 - Gonadotrofinas hipofisarias.
 - Factores de la coagulación.
 - Pruebas renales y hepáticas.
 - Pruebas de función suprarrenal.
- **Pruebas complementarias:**
 - Ecografía ginecológica.
 - Colposcopia.
 - Histeroscopia.
 - Citología endometrial.
 - Legrado-biopsia.
 - Legrado fraccionado.

Tabla 6.- Diagnóstico.

	P.PREVIA	DPPNI	ROTURA VASOS PREVIOS
INICIO	Lento	Brusco	Brusco (tras amniorrexis)
METRORRAGIA			
Inicio	Brusca, escasa	Puede faltar	Brusca, abundante
Dolor	No	Si	No
Características	Líquida. Roja Recidivante	Coagulada. Oscura Persistente	Líquido amniótico serosanguinolento
Relación con síntomas maternos	Si	No	
Tras amniorrexis	Cede	Continua	Se inicia
Con contracción	Aumenta	Disminuye	
UTERO			
Palpación	Normal	Leñoso	
Contracciones		Hiperdinamia	
Dolor	No	Si	
ABDOMEN			
Palpación	Normal	Duro, difícil delimitar partes fetales	
PRONÓSTICO FETAL	Bueno	Exitus 50-70%	Rápida afectación de FCF
PRONÓSTICO MATERNO	Bueno	Asociado a toxemia (50%)	Asociado a placenta previa

Tabla 7.- Diagnóstico diferencial de las metrorragias del II-III trimestre.

	HUD OVULATORIA	HUD ANOVULATORIA
Edad	Genésica	Adolescencia Climatérica
Temperatura basal	Bifásica	Monofásica
Progesterona 2ª fase	Normal ó básica	Baja
Moco cervical	Modificaciones ovulatorias	No modificaciones ovulatorias
Volumen pérdida sanguínea	Menor	Mayor
Biopsia endometrial 2ª fase	Insuficiencia luteínica Secretor deficiente Maduración irregular Descamación irregular	Hiperestronismo relativo Proliferación persistente Hiperplasia

Tabla 8.- Diagnóstico diferencial de las hemorragias uterinas disfuncionales.

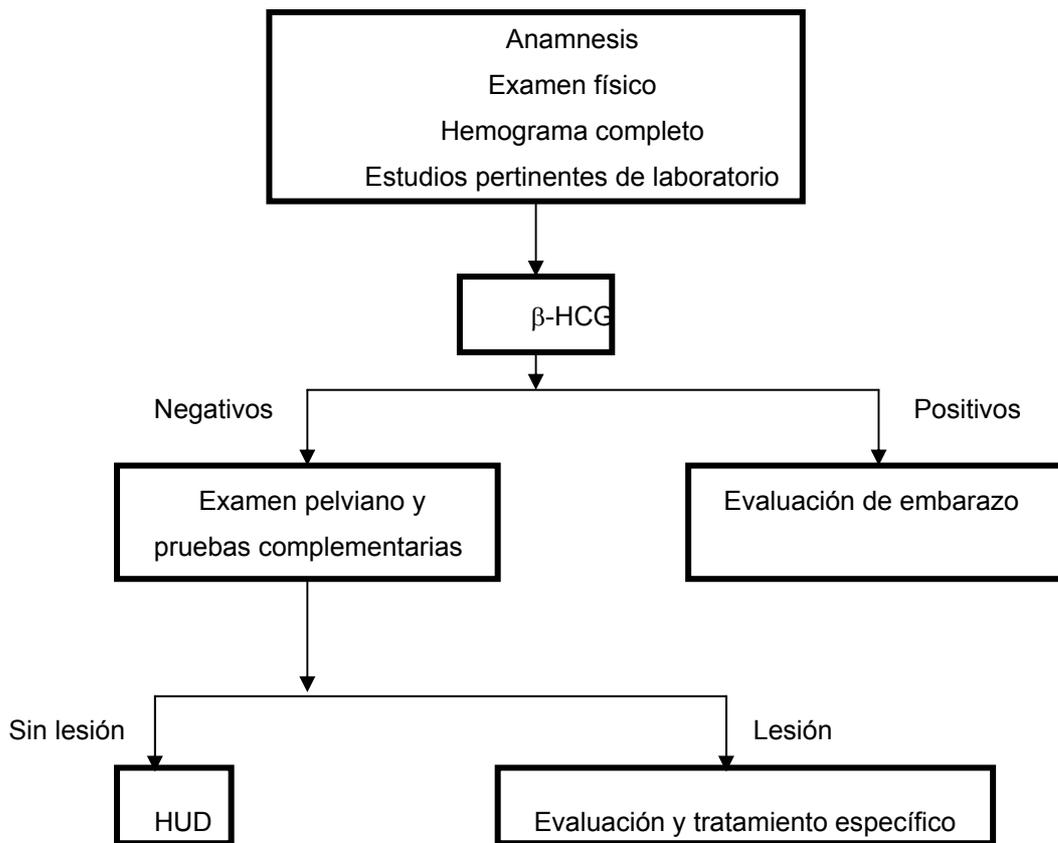


Figura 2.- Diagnóstico y tratamiento de las metrorragias.

HUD: hemorragia uterina disfuncional.

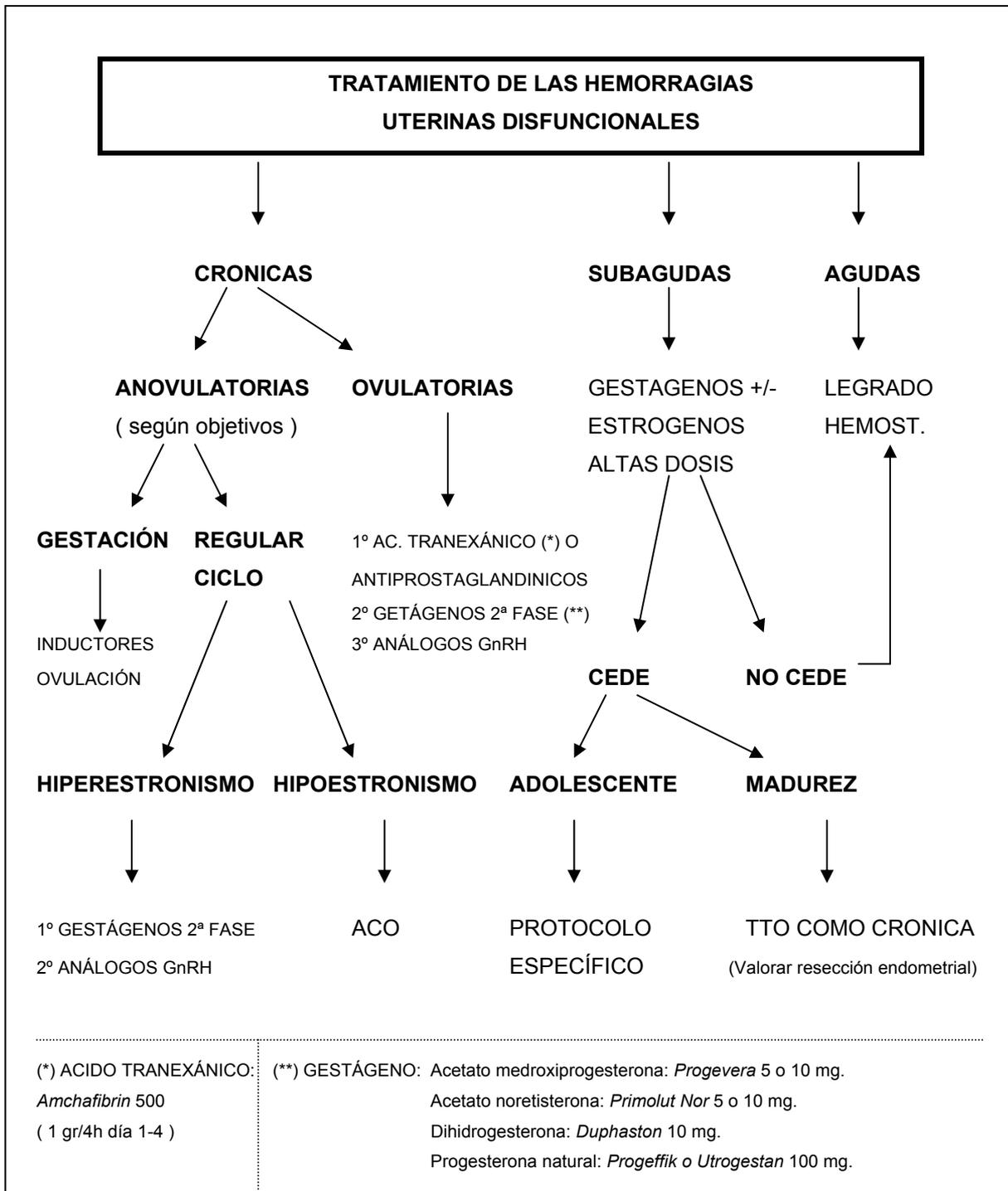


Figura 3.- Tratamiento de las hemorragias uterinas disfuncionales.

VIII. Bibliografía

- 1.- Oriel KA, Schrager S. Abnormal uterine bleeding. *Am Fam Phys.* 1999 Oct 1; 60 (5): 1371-80.
- 2.- Alexander JD, Schneider FD. Vaginal bleeding associated with pregnancy. *Prim Care.* 2000 Mar; 27 (1): 137-51.
- 3.- Goodman A. Abnormal genital tract bleeding. *Clin Cernerstone.* 2000; 3 (1): 25-30.
- 4.- Kim J, Strawn EY. Adenomyosis: a frequent cause of abnormal uterine bleeding. *Obstet Gynecol.* 2000 Apr; 95 (4 Suppl 1): S3.
- 5.- Lusher JM. Systemic causes of excessive uterine bleeding. *Semin Hematol.* 1999 Jul; 36 (3 Suppl 4): 10-20.
- 6.- Ellis M, Beyth Y. Abnormal vaginal bleeding in adolescence as the presenting symptom of bleeding diathesis. *Harefuah.* 2000 Aug; 139 (3-4): 127-31.
- 7.- Ragni MV, Bontempo FA, Hassett AC. Von Willebrand disease and bleeding in women. *Haemophilia.* 1999 Sep; 5 (5): 313-7.
- 8.- Dunn TS, Stamm C, Delorit M, Golberg G. A key clinical pathway for the evaluation of women with abnormal uterine bleeding. *Obstet Gynecol.* 2000 Apr 1; 95 (4 Suppl 1): S4.
- 9.- Mathew M, Gupta R, Krolikowski A. Role of transvaginal ultrasonography and diagnostic hysteroscopy in the evaluation of patients with abnormal uterine bleeding. *Int J Gynaecol Obstet.* 2000 Dec; 71 (3): 251-3.
- 10.- Serden SP. Diagnostic hysteroscopy to evaluate the cause of abnormal uterine bleeding. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2000 Jun; 27 (2): 277-86.
- 11.- Munro MG. Medical management of abnormal uterine bleeding. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2000 Jun; 27 (2): 287-304.
- 12.- Tzafettas JM. Current and potential application of GnRH agonists in gynecologic practice. *Ann N Y Acad Sci.* 2000; 900: 435-43.
- 13.- Wortman M, Daggett A. Hysteroscopic endomyometrial resection. *JLS.* 2000 Jul; 4 (3): 197-207.
- 14.- Robins JC, Liu J. Alternatives to hysterectomy for the treatment of excessive uterine bleeding. *Int J Clin Pract.* 2000 May; 54 (4): 233-7.

Otros textos consultados:

- González Merlo J. Hemorragias uterinas anormales. *Ginecología.* Ed. Masson-Salvat Medicina, González Merlo 6ª edición. Barcelona.
- Comino Delgado R. Hemorragia uterina disfuncional. 1993.
- Balasch Cortina J. Manual práctico de Hormonoterapia Ginecológica. Ed. Edika-Med. Barcelona 1992.

IX. Prueba de evaluación

1.- Una menstruación se considera normal cuando:

- A. Su duración es de 8-10 días.
- B. Ocurre a intervalos de 40-45 días.
- C. Su duración es de 3-7 días.
- D. La pérdida de sangre menstrual es superior a 250 ml.
- E. Ocurre a intervalos de 15-20 días.

2.- Mujer de 29 años que consulta por tener la regla cada 21 días, con una duración de 5 días y en cantidad normal. El término más apropiado para designar este sangrado sería:

- A. Metrorragia.
- B. Polimenorrea.
- C. Hipermenorrea.
- D. Oligomenorrea.
- E. Menstruación normal.

3.- Gestante de 7 semanas que acude a Urgencias por sangrado escaso y dolor hipogástrico de varias horas de evolución. De las siguientes patologías, cuál sería la menos probable que padeciera la mujer:

- A. Amenaza de aborto.
- B. Embarazo ectópico.
- C. Placenta previa.
- D. Aborto en curso.
- E. Enfermedad trofoblástica.

4.- Una mujer sana, delgada y blanca, de 63 años de edad, hace 11 años que es menopáusica y ha rechazado la terapia hormonal sustitutiva. Durante muchos años, sus controles ginecológicos y sus citologías cervico-vaginales han sido normales. Hace varios meses, se le tomó una biopsia endometrial por aspiración debido a un único episodio de hemorragia vaginal; el informe patológico indicaba "tejido insuficiente para diagnóstico". Posteriormente, ha experimentado varios episodios de hemorragia leve. La exploración pélvica revela una atrofia del tracto genital inferior. El útero tiene un tamaño y un contorno normales y es móvil; no se observan masas anexiales ni masas en el fondo de saco de Douglas. El siguiente paso en la evaluación de la hemorragia de esta paciente postmenopáusica consiste en :

- A. Evaluación citológica del cuello uterino y endometrio.
- B. Legrado fraccionado en quirófano.
- C. Repetición de la biopsia endometrial por aspiración, en la consulta.
- D. Una histeroscopia y una biopsia dirigida diagnósticas, en la consulta.
- E. Una histeroscopia quirúrgica.

5.- ¿Cuál patología sería la menos probable como responsable de una metrorragia en el II-III trimestre de gestación?

- A. Placenta previa.
- B. Amenaza de parto prematuro.
- C. Desprendimiento prematuro de placenta.
- D. Rotura de vasos previos.
- E. Embarazo ectópico.

6.- ¿Cuál de las siguientes causas no se considera responsable de una metrorragia?

- A. Hiperplasia endometrial.
- B. Mioma uterino.
- C. Pólipo cervical.
- D. Cuerpo extraño en vagina.
- E. Ectopia cervical.

7.- Mujer de 30 años, multipara, presenta metrorragia de 4 días de evolución. ¿Cuál es la causa menos probable de su sangrado?

- A. Pólipo endometrial.
- B. Ectopia cervical.
- C. Deficiencia folicular.
- D. Adenocarcinoma de endometrio.
- E. Adenomiosis.

8.- Todas las siguientes son causa de hemorragia uterina disfuncional, excepto:

- A. Spotting ovulatorio.
- B. Enfermedad de Halban.
- C. Alteración de las prostaglandinas.
- D. Tratamiento con fenotiacida.
- E. Hiperplasia endometrial.

9.- Una mujer nulípara de 24 años acude al médico para valoración de una hemorragia uterina impredecible, que ha ocurrido a intervalos de dos a seis semanas en los últimos seis meses. El examen físico es normal. Una valoración de β -HCG sérica es negativa. El estudio más apropiado para establecer un diagnóstico de hemorragia uterina disfuncional en esta paciente es:

- A. Relación de la hormona estimulante del folículo con la horm. luteinizante séricas.
- B. Estradiol sérico.
- C. Valoración semanal de la progesterona sérica.
- D. Prolactina sérica.
- E. Registro de la temperatura corporal basal.

10.- Son característicos del síndrome de ovarios poliquísticos, excepto:

- A. Obesidad.
- B. Hirsutismo.
- C. Índice LH/FSH disminuido.
- D. Hemorragia uterina.
- E. Hiperandrogenismo.

11.- El tratamiento de la hemorragia uterina disfuncional crónica anovulatoria en una mujer con deseos de gestación es:

- A. Gestágenos en 2ª mitad del ciclo.
- B. Inductores de la ovulación.
- C. Contraceptivos orales.
- D. Antiprostaglandínicos.
- E. Antifibrinolíticos.

12.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la hemorragia uterina disfuncional (HUD) ovulatoria es incorrecta?

- A. Curva de temperatura basal bifásica.
- B. La progesterona en la 2ª mitad del ciclo presenta valores normales.
- C. El volumen de pérdida sanguínea es menor que en la HUD anovulatoria.
- D. El moco cervical presenta modificaciones ovulatorias.
- E. Es más frecuente en la perimenopausia.

13.- La metrorragia en la placenta previa:

- A. Se inicia tras la amniorrexis.
- B. Suele ir acompañada de dolor abdominal.
- C. Aumenta con las contracciones uterinas.
- D. La sangre suele ser oscura y coagulada.
- E. Ocurre frecuentemente en el I trimestre de embarazo.

14.- El tratamiento de una metrorragia aguda con gran pérdida de sangre es:

- A. Legrado uterino.
- B. Gestágenos en 2ª fase.
- C. Inductores de la ovulación.
- D. Antifibrinolíticos.
- E. Contraceptivos orales.

15.- Una niña de 5 años de edad presenta una historia de hemorragia vaginal asociada a una descarga de olor fétido, de 3 meses de duración. Hasta ahora, ha gozado de una salud excelente y su desarrollo es normal. Ha sido tratada con nistatina, amoxicilina y baños de avena coloidal, pero nada de ello ha supuesto una mejoría significativa. Su desarrollo mamario es normal para su edad y se observa una ausencia completa de vello púbico y axilar. Su temperatura es de 36° C, tiene 96 pulsaciones por minuto y una presión sanguínea de 85/64 mm Hg. La exploración abdominal no revela ninguna masa. El diagnóstico más probable es:

- A. Cervicitis.
- B. Pubertad constitucional verdadera precoz.
- C. Menarquia prematura.
- D. Dermatitis de contacto.
- E. Cuerpo extraño.

16.- Una niña de 14 años acude al médico con su madre debido a una hemorragia abundante durante sus menstruaciones. Tiene una historia de desarrollo normal en la infancia y de desarrollo progresivo de las características sexuales secundarias durante el último año y medio. Tuvo su primera menstruación hace 2 meses, y ella la describe como una hemorragia vigorosa acompañada de coágulos. Durante el episodio, la paciente se sintió débil pero no acudió al médico, ya que la hemorragia cesó a los 3 días. Hace una semana tuvo una segunda menstruación, la cual presentó las mismas características. La paciente se sintió débil y se desmayó en una ocasión. El resto de su historia médica es negativa y la exploración física, que incluye una exploración pélvica, es normal. La determinación de la hemoglobina en la consulta es de 7 g/dl. Cada uno de los siguientes supuestos relativos a esta paciente son correctos, excepto:

- A. Existe la posibilidad de que tenga una deficiencia del factor de Von Willebrand.
- B. Hay que descartar la presencia de leucemia.
- C. La terapia con anticonceptivos orales es apropiada.
- D. Si recurre la hemorragia, habrá que practicar legrado.
- E. Podría tratarse de una hemorragia disfuncional anovulatoria.

17.- La dolicomenorrea viene definida como:

- A. Regla cuya duración es inferior a 2 días.
- B. Regla regular pero abundante.
- C. Regla cuya duración es superior a 7 días.
- D. Intervalo entre reglas mayor de 35 días.
- E. Intervalo entre reglas menor de 24 días.

18.- Una niña de 14 años presenta una historia de 6 meses de períodos menstruales irregulares, que se producen cada 4-6 semanas. Cada uno de ellos dura 12-14 días y el sangrado que se produce es muy abundante. Su historia y la revisión de los síntomas son negativos. Es delgada y presenta un desarrollo mamario y una aparición de vello púbico normal para su edad. Nunca ha tenido relaciones sexuales. La exploración pélvica es normal, a excepción de la hemorragia vaginal. El procedimiento diagnóstico inicial apropiado es:

- A. Hemograma completo y perfil de coagulación.
- B. Niveles séricos de FSH y LH.
- C. Niveles séricos de prolactina.
- D. Niveles séricos de progesterona en 2ª mitad del ciclo.
- E. Niveles séricos de testosterona.

19.- Todos los supuestos referentes al pólipo cervical son ciertos, excepto:

- A. Es una patología relativamente frecuente.
- B. La metrorragia que produce suele ser continua.
- C. Más frecuente en la adolescencia.
- D. El sangrado procede de la ulceración del pólipo o de coitorragias.
- E. Es una proliferación de la mucosa cervical.

20.- Todos los siguientes son gestágenos utilizados para el tratamiento de la hemorragia uterina disfuncional, excepto:

- A. Acetato de medroxiprogesterona.
- B. Dihidrogesterona.
- C. Acetato de noretisterona.
- D. Acido tranexánico.
- E. Progesterona natural.

21.- Una mujer sexualmente activa de 18 años de edad, que tuvo la menarquia a los 11 años y tiene una historia de menstruaciones irregulares, ha experimentado dos episodios de hemorragia vaginal abundante en un intervalo de 4 meses. Ahora, esporádicamente utiliza un diafragma. Los análisis de sangre realizados recientemente (hemograma completo, recuento plaquetario, pruebas de función tiroidea y determinación del nivel sérico de β -HCG) fueron normales. En este momento, el mejor enfoque terapéutico es:

- A. Una terapia con un progestágeno mensual.
- B. Una terapia con un agonista de la GnRH, durante 3 meses.
- C. Anticonceptivos orales combinados.
- D. Legrado diagnóstico.
- E. Antifibrinolíticos.

22.- Todos los siguientes fármacos pueden causar metrorragias, excepto:

- A. Acido mefenámico.
- B. Inhibidores de la MAO.
- C. Reserpina.
- D. Fenotiacida.
- E. Clorpromazina.

23.- Con respecto al desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta todas las aseveraciones siguientes son ciertas, excepto:

- A. Suele existir una hiperdinamia uterina.
- B. La sangre es oscura y coagulada.
- C. La metrorragia se suele acompañar de dolor.
- D. La metrorragia aumenta con las contracciones uterinas.
- E. A la palpación el útero tiene una consistencia leñosa.

24.- Se consideran causantes de metrorragias con origen orgánico conocido todas las siguientes,excepto:

- A. Enfermedad de Halban.
- B. Abruptio placentae.
- C. Ectopia cervical.
- D. Mioma uterino.
- E. Hiperplasia endometrial.

25.- Una mujer de 21 años de edad, acude a consulta debido a una hemorragia vaginal de aparición aguda. Tuvo su última regla hace 5 semanas. Ha intentado quedarse embarazada y la prueba de embarazo en orina ha resultado positiva. La exploración pélvica pone de manifiesto lo siguiente: genitales externos normales, una pequeña cantidad de sangre de color rojo oscuro en la vagina y un orificio cervical cerrado, que pierde una cantidad mínima de sangre de color oscuro. La exploración bimanual revela un útero en anteversión ligeramente engrosado, blando, móvil e indoloro. Los anexos no están engrosados ni son dolorosos. La ecografía vaginal no revela la presencia de un saco gestacional intrauterino o de crecimientos anexiales. El siguiente paso en el tratamiento de esta paciente consiste en:

- A. Obtener niveles cuantitativos seriados en sangre de β -HCG.
- B. Obtener el nivel de progesterona sérico.
- C. Practicar un legrado.
- D. Administrar metotrexate sódico.
- E. Practicar una laparoscopia diagnóstica.

Tabla de respuestas

1	C
2	B
3	C
4	D
5	E
6	D
7	D
8	E
9	E
10	C
11	B
12	E
13	C
14	A
15	E
16	D
17	C
18	A
19	C
20	D
21	C
22	A
23	D
24	A
25	A