

Evaluación y manejo del SUA (Sangrado Uterino Anormal)

Evaluation and Management of Abnormal Uterine Bleeding

Mary L. Marnach, MD

Shannon K. Laughlin-Tommaso, MD, MPH

DOI:<https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2018.12.012>

[https://www.mayoclinicproceedings.org/article/S0025-6196\(18\)30995-9/fulltext](https://www.mayoclinicproceedings.org/article/S0025-6196(18)30995-9/fulltext)

Approach to Abnormal Uterine Bleeding in Adolescents

Cenk Yaşa 1, Funda Güngör Uğurlucan 1

PMID: 32041387 PMCID: PMC7053441 DOI: 10.4274/jcrpe.galenos.2019.2019.S0200

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32041387/>

El sangrado uterino anormal describe cualquier variación de lo normal patrones de sangrado en mujeres no embarazadas en edad reproductiva más allá de la menarquia que duran al menos 6 meses. Estas variaciones pueden ser en cualquiera de sus tres características: siendo estas el volumen, frecuencia y duración de la menstruación. Dichas alteraciones pueden ocasionar un efecto negativo en la calidad de vida de las pacientes, así como también un aumento en los costos en el sistema de salud (manejo y tratamiento inadecuado).

En este contexto la federación internacional de ginecológica y obstetricia (FIGO) en 2011 crearon una terminología y nomenclatura clara para facilitar globalmente el diagnóstico preciso y enfoques de tratamiento efectivos para SUA. El Sistema 1 de FIGO describe los 4 parámetros del sangrado menstrual: regularidad, frecuencia, duración y volumen. (Definiendo al sangrado menstrual normal como ciclos que ocurren cada 24 a 38 días, con una duración de sangrado hasta 8 días)

El acrónimo del Sistema 2 de FIGO PALM-COEIN (pólipo[s], adenomiosis, leiomioma, malignidad, coagulopatía, disfunción ovulatoria, trastornos endometriales, iatrogénico, y aún no clasificado) define sistemáticamente las etiologías más comunes para SUA con causas estructurales (PALM) y no

estructurales (COEIN) de SUA. De esta forma se sistematiza el enfoque diagnóstico y manejo terapéutico de las pacientes, respetando los siguientes pasos:

Determinación de presencia o no de embarazo, y estado de la paciente (pre menopáusica- postmenarca)

Evaluación de la historia de sangrado, teniendo en cuenta los parámetros enunciados anteriormente (volumen, frecuencia, duración).

Examinación física incluyendo espejo copio y tacto bimanual (puede incluir examinación rectal) para determinar origen del sangrado uterino, y descartar etiología vulvar, vaginal, uretral y rectal.

Una vez establecido el diagnóstico de SUA se prosigue al estudio de las diversas patologías dilucidadas por los acrónimos PALM-COEIN.

Causas estructurales:

Pólipos:

Son sobrecrecimiento hiperplásico de tejido endometrial, glandular, y estromal con núcleo. Pueden ser simples / múltiples, sésiles o pedunculados y encontrarse a nivel endometrial y cervical (más común en mujeres de 40 años, y se provienen principalmente de endocervix). Los métodos diagnósticos son: USG TV, Histeroscopia diagnóstica (permite polipectomía), histerosalpingografía, y sonohisterografía con infusión salina.

Pólipos asintomáticos mayores de 1,5 cm y los pólipos sintomáticos deben ser considerados para escisión y enviados para examen anatomopatológico

Adenomiosis:

Presencia de tejido endometrial—que se ha pasado hacia el miometrio causando un engrosamiento uterino. La adenomiosis es un trastorno benigno es común en mujeres que han dado a luz entre las edades de 35 y 50 años de edad

En cuanto a su fisiopatología se considera que coexisten múltiples factores como: expresión génica anormal, aumento de la angiogénesis, proliferación, y disminución de la apoptosis. El método

diagnostico por excelencia es el análisis anatomopatológico post histerectomía, pero la USG TV (donde se observa estrías eco génicas, quistes miometriales, engrosamiento asimétrico del miometrio, alteración de interfaz miometrio/endometrio) y la RM permiten un acercamiento diagnóstico.

El tratamiento para esta afección incluye: contraceptivos orales, SERMS, inhibidores de la aromatasa, agonistas GnRh y LNG IUS (siendo este el más prometedor con menor perfil de efectos adversos), histerectomía.

Leiomioma:

Tumores monoclonales que surgen a partir de células musculares lisas, dando síntomas de masa pélvica con compresión de estructuras adyacentes (aumento de frecuencia miccional, alteración en los hábitos de evacuación, distensión abdominal) e hipermenorrea/metrorragia con la subsecuente caída del hematocrito y anemia ferropénica.

En cuanto al diagnóstico se incluye examinación clínica y la Ultrasonografía. En dependencia de la localización del mioma con respecto al peritoneo y al endometrio FIGO clasifica a estos como:

- Submucoso: T0 (pediculado intracavitario), T1 (= o menos del 50% de penetración de pared), T2 (+ del 50 % de penetración en pared).
- Subseroso

El tratamiento incluye diferentes estrategias terapéuticas farmacológicas y quirúrgicas:

Cuando HMB es el único síntoma se incluye ácido tranexámico, AINES, hormonas contraceptivas, danazol, GnRH agonistas, inhibidores de aromatasa, SERMs, LNG-IUS.

Por otro lado el tratamiento quirúrgico incluye:

- Histeroscopia terapéutica SM
- Miomectomia
- Histerectomía
- Embolización

Se considera el siguiente score para evaluar cuál es la conducta quirúrgica más apropiada:

| Score | Penetration | Size | Base | Topography | Lateral wall |
|--------|-------------|--|--------------|------------|--------------|
| 0 | 0 | = 2 cm | = 1/3 | Low | + 1 |
| 1 | = 50% | > 2 to 5 cm | > 1/3 to 2/3 | Middle | + 1 |
| 2 | > 50% | > 5 cm | > 2/3 | Upper | + 1 |
| Score | + | + | + | + | = |
| Score | Group | Suggested conduct | | | |
| 0 to 4 | I | Low complexity hysteroscopic myomectomy | | | |
| 5 to 6 | II | Complex myomectomy. Consider the use of gonadotropin-releasing hormone or two-step surgery | | | |
| 7 to 9 | III | Consider alternatives to the hysteroscopic technique | | | |

Source: Lasmar RB, Barrozo PR, Dias R, Oiveira MA. Submucous fibroids: a new presurgical classification (STEP-w). J Minim Invasive Gynecol. 2005; 12(4):308-11.⁹ (D)

Malignidad:

Neoplasias en vagina/ útero pueden conllevar a SUA. En estos casos es fundamental Examinación de la vulva, vagina y cérvix (PAP). Considerar que este tipo de presentación es frecuente en: EIN (Neoplasia endometrial intraepitelial) (subtipo: hiperplasia *simple o benigna* /subtipo: *hiperplasia atípica con progresión o concurrente con malignidad endometrial*)

La estrategia terapéutica es diferente en ambos casos:

- EIN benigno: LNG-IUS/ Progestagenos
- EIN maligno: Histerectomía

Causas no estructurales (COEIN):

Coagulopatias:

Diagnostico que debe considerarse en HMB de edad temprana, con historial de epistaxis, equimosis, hemorragia postparto, etc. Dentro de las etiologías más frecuentes hallamos:

IAR- IUHI

- deficiencia factor VIII y IX más comunes, factores VII and XI menos frecuentes)
- Alteraciones plaquetarias
- Coagulopatías adquiridas en: leucemia, IR, IH, Sepsis, CID, consumo de AINES, ACO

Desórdenes endometriales:

Disfunción local de hemostasia endometrial que se caracteriza por una presentación de ciclo predecibles y de frecuencia normal acompañado de volumen anormal. La causa es desconocida, aunque posiblemente se por deficiencias en vasoconstricción (endothelin-1, prostaglandina F2a) exceso en producción de plasminogeno.

En los casos de causas COEIN, el principio de la terapia es actuar sobre la estabilidad endometrial o sobre el control de los factores que conducen a la descamación y cicatrización del endometrio.

Las opciones disponibles son:

Hormonales

- Estrógeno y progestágeno combinados;
- Progestágeno oral cíclico o continuo;
- Progestágeno inyectable;
- LNG-SIU;

No hormonal

- Medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE);
- Antifibrinolíticos

Manejo de SUA agudo:

En caso de sangrado activo, profuso y abundante (>1 toalla sanitaria por hora), presencia de signos vitales junto con evidencia de hipovolemia, hipotensión ortostática o hemoglobina con concentraciones de (Hb) < 8 gr/dL se considera al SUA como grave y la paciente debe ser hospitalizado.

El tratamiento puede ser el siguiente en dependencia de la tolerancia del paciente, así como de las contraindicaciones del uso de ciertos fármacos:

1. OCP monofásico que contienen 30-50mcg de etinilestradiol, cada 6/8 hs hasta detener el sangrado y luego reducir a 1 por día.
2. Conjugado equino de estrógenos 25 mg IV cada 4/6 hs x 24 hs acompañado de agente antieméticos IV (ya que dosis alta de estrógenos produce náuseas y vómitos) : Si no se tolera por vía oral, o no cesa el sangrado con las primeras dos dosis
3. Medroxyprogesterona 20 o norethindrona 20 mg 3 veces por día x 7 d: en caso de no poder recibir fármacos con estrógenos.
4. Ácido tranexámico 10 mg/kg/ IV o 1,5 vía oral cada 8 hs x 5 d.:

CONCLUSION:

El SUA es una forma de presentación frecuente de múltiples patologías ginecológicas y sistémicas, las cuales conllevan a un efecto negativo sobre la calidad de vida de las personas que lo padecen, así como también grandes costos al sistema de salud. Además, genera una gran preocupación y ansiedad en las pacientes que lo padecen, y por ende es muy importante tener un conocimiento profundo sobre las posibles etiologías, para poder hacer una aproximación diagnóstica lo más certera y rápida posible y en consecuencia transmitir dicha seguridad a las mismas. Por otro lado, el manejo terapéutico adecuado es fundamental sobre todo en los casos de sangrado profuso agudo, en donde se pone en riesgo la vida del

paciente. La dosificación de los fármacos para reducir el sangrado, así como el conocimiento de la escalera de fármacos que se utiliza en las diferentes situaciones es esencial. Y por último pero no menos importante, el abordaje quirúrgico tiene que estar indicado en solo aquellas situaciones donde se amerita el procedimiento, ya que no solo se agotan recursos del sistema de salud sino que también se pone en riesgo la vida del paciente.