

Trastornos del ciclo menstrual en la adolescencia: sangrado uterino anormal

Cristina Cuerpo Triguero, Carmen García Rebollar

Septiembre 2018

Situación del problema

- Los trastornos del ciclo menstrual son una consulta habitual tanto para pediatras como médicos de familia.
- La mayoría de los trastornos están relacionados con la irregularidad de los ciclos en los primeros años tras la menarquia (por defecto o exceso en frecuencia o intensidad de sangrado).
- El médico debe interpretar el ciclo menstrual como un signo vital más, que puede ser la clave diagnóstica para evaluar el estado de salud o enfermedad de la paciente.
- Las alteraciones del ciclo (sobre todo por exceso) pueden alterar la calidad de vida la paciente.

Ciclo menstrual normal en la adolescencia

- Rango de normalidad amplio: se presenta cada 21-45 días (28 de media), dura de 2 a 7 días (4 de media) y se pierden 30 a 80 ml de sangre al día.
- En España, la edad media de menarquia es aproximadamente 12,6 años.
- La duración del ciclo varía sobre todo durante los 2 a 3 años tras la menarquia por la falta de ovulación (>50% de los ciclos son anovulatorios en 1º año posmenarquia).
- Irregularidad y anovulación no son sinónimos.
- La duración normal del ciclo se estabiliza alrededor del 6.º año ginecológico (a los 19-20 años de edad).

Sangrado uterino anormal

- Cualquier tipo de hemorragia diferente del patrón observado en el ciclo menstrual en su frecuencia, duración o cantidad.
- Incidencia estimada del 37% en adolescentes y del 10-25% en mujeres adultas.
- La cantidad de hemorragia es el factor más subjetivo y difícil de evaluar. Una pérdida >80 ml/día es excesiva (expulsa coágulos, se cambia compresa o tampón antes de 1-2 horas, más de 6 veces/día o 2 por la noche).

Sangrado uterino anormal

Clasificación del sangrado:

NO CÍCLICO

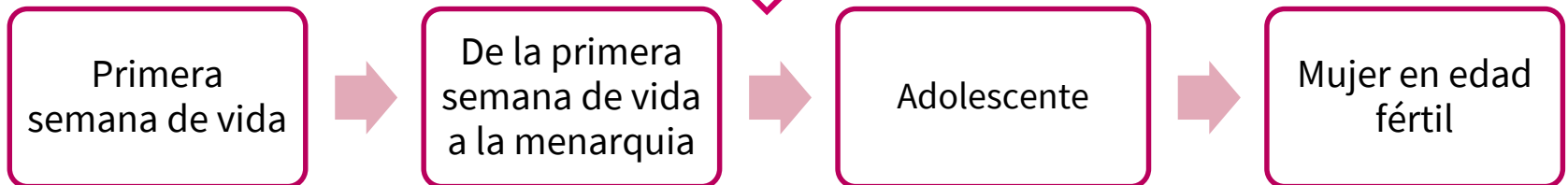
- Metrorragia
- Hemorragia intermenstrual (*spotting* o manchado, si cantidad mínima)

CÍCLICO

- Hipermenorrea o menorragia
- Polimenorrea
- Polimenorragia
- Oligomenorrea
- Amenorrea

Sangrado uterino excesivo

Su importancia radica en que puede dar lugar a anemia e incluso a necesidad de transfusión, en función de su intensidad o persistencia en el tiempo.
La evaluación se realiza en función de la edad:



Sangrado uterino excesivo

- Primera semana de vida: infrecuente y usualmente funcional por privación de estrógenos maternos.
- De la primera semana a menarquia: importancia clínica. Descartar lesiones vulvares/genitales, tumores, abuso sexual, sangrado endometrial (pubertad precoz).

Sangrado uterino excesivo

Adolescentes:

- La causa más frecuente es la hemorragia uterina disfuncional por inmadurez del eje hipotálamo-hipófisis-ovario.
- Otras causas son los trastornos de la coagulación (20%), embarazo o infecciones pélvicas.

Etiología en mujer en edad reproductiva

Hemorragia uterina de etiología orgánica o por fármacos

Orgánica local
Origen sistémico
Fármacos

Hemorragia uterina disfuncional

Ovulatoria
Aovulatoria

Etiología en mujer en edad reproductiva

Etiología
orgánica
o por
fármacos

Solo 10-20% en adolescentes
La mayoría secundarios a
alteraciones de la hemostasia
Menos frecuentes son
complicaciones por embarazo,
pólipos y miomas uterinos;
alteraciones endocrinológicas,
SOP, cuerpos extraños y
fármacos

Etiología en mujer en edad reproductiva

Etiología
disfuncional
ovulatoria
(15%)

Más frecuente en mujeres de 20-40 años con ciclos normales previos. Se manifiesta con polimenorrea y *spotting*

Etiología en mujer en edad reproductiva

Etiología
disfuncional
anovulatoria
(85%)

La hemorragia se produce por un estímulo prolongado de estrógenos sobre el endometrio en ausencia de progesterona

Es la causa más frecuente en la adolescencia y en la premenopausia

Se manifiesta con menorragia

Orientación diagnóstica en adolescentes



Orientación diagnóstica en adolescentes

- Anamnesis:
 - A. familiares (alteraciones de la coagulación, infertilidad, enfermedad de tiroides).
 - A. personales (alteraciones de la coagulación, endocrinopatía, hepatopatía, insuficiencia renal, síntomas de anemia, cambio de peso...).
 - Historia obstétrica y ginecológica: duración y periodicidad de las reglas, episodios previos de alteración regla y tratamiento recibido, embarazos/partos.
 - Enfermedad actual: características de la hemorragia uterina anormal (duración, cantidad, momento de aparición en el ciclo).

Orientación diagnóstica

- Exploración física:
 - Exploración general: valoración de la maduración sexual, búsqueda de signos de enfermedades sistémicas, peso, talla, distribución grasa corporal, TA, FC, exploración abdominal, signos de endocrinopatía...
 - Exploración ginecológica : solo de genitales externos si no ha tenido relaciones sexuales.

Orientación diagnóstica

- Exploraciones complementarias en Atención Primaria: aunque el sangrado de la adolescente en >80% es de origen funcional, es diagnóstico de exclusión Se proponen como pruebas complementarias:
 - Iniciales: hemograma, coagulación, prueba de embarazo, ± ecografía pélvica.
 - Segundo nivel (en función de la sospecha diagnóstica): estudio de hormonas tiroideas, cortisol, prolactina, serología de ITS...

Tratamiento: consideraciones generales

- Objetivos: estabilidad hemodinámica, corrección de anemia, recuperación del patrón menstrual normal, prevención de recurrencias y de consecuencias a largo plazo de la anovulación.
- Descartar urgencia médica: estabilizar a la paciente y descartar embarazo.
- Considerar si es necesario el control del sangrado activo como primer escalón del tratamiento.
- El suplemento férrico debe administrarse simultáneamente y continuar hasta que la anemia se resuelva.

Tratamiento: pautas

Pautas de tratamiento

- Actitud expectante
- Tratamiento con AINE o antifibrinolíticos
- Tratamiento hormonal

Actitud terapéutica según la repercusión del sangrado

- Hemoglobina >12 g/dl:
 - Tratamiento expectante. Consejo médico.
 - Seguimiento de ciclos menstruales cada 3-6 meses. Registro de sus ciclos.
 - Opcional suplemento férrico los días de sangrado o tratamiento no hormonal.

Actitud terapéutica según la repercusión del sangrado

- Hemoglobina 10- 12 g/dl:
 - Tratamiento médico no hormonal: AINES (ibuprofeno 400 mg/6-8 h, Naproxeno 250 mg/6-8 h, ácido mefenámico 500 mg/8 h) y agentes antifibrinolíticos (ácido tranexámico 2-3 cp/8 h).
 - Y/o...

Actitud terapéutica según la repercusión del sangrado

- Tratamiento hormonal: si sangrado activo, cese del mismo con anticonceptivo oral combinado monofásico con al menos 30 µg de etinilestradiol a altas dosis con reducción paulatina. Al terminar el tratamiento, se producirá un sangrado por deprivación y se comenzará con un anticonceptivo a dosis habitual 3-6 meses.
- Tratamiento hormonal no anticonceptivo: compuesto combinado bifásico de valerato de estradiol con norgestrel (no indicado en adolescencia en ficha técnica).

Actitud terapéutica según la repercusión del sangrado

- Hemoglobina <10 g/dl:
 - Tratamiento hormonal:
 - ✓ Anticonceptivos combinados: etinilestradiol (mínimo 30-35 µg) con gestágeno (levonorgestrel sobre todo).
 - ✓ Gestágenos orales: no disminuyen tanto el sangrado pero consiguen un ritmo controlado de privación hormonal. Útiles si contraindicación/intolerancia a estrógenos. Se usa la progesterona micronizada 200 mg/d o acetato de medroxiprogesterona 10 mg/día. Otra opción es el dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel, el acetato de depomedroxiprogesterona en depot y el implante de etonogestrel.

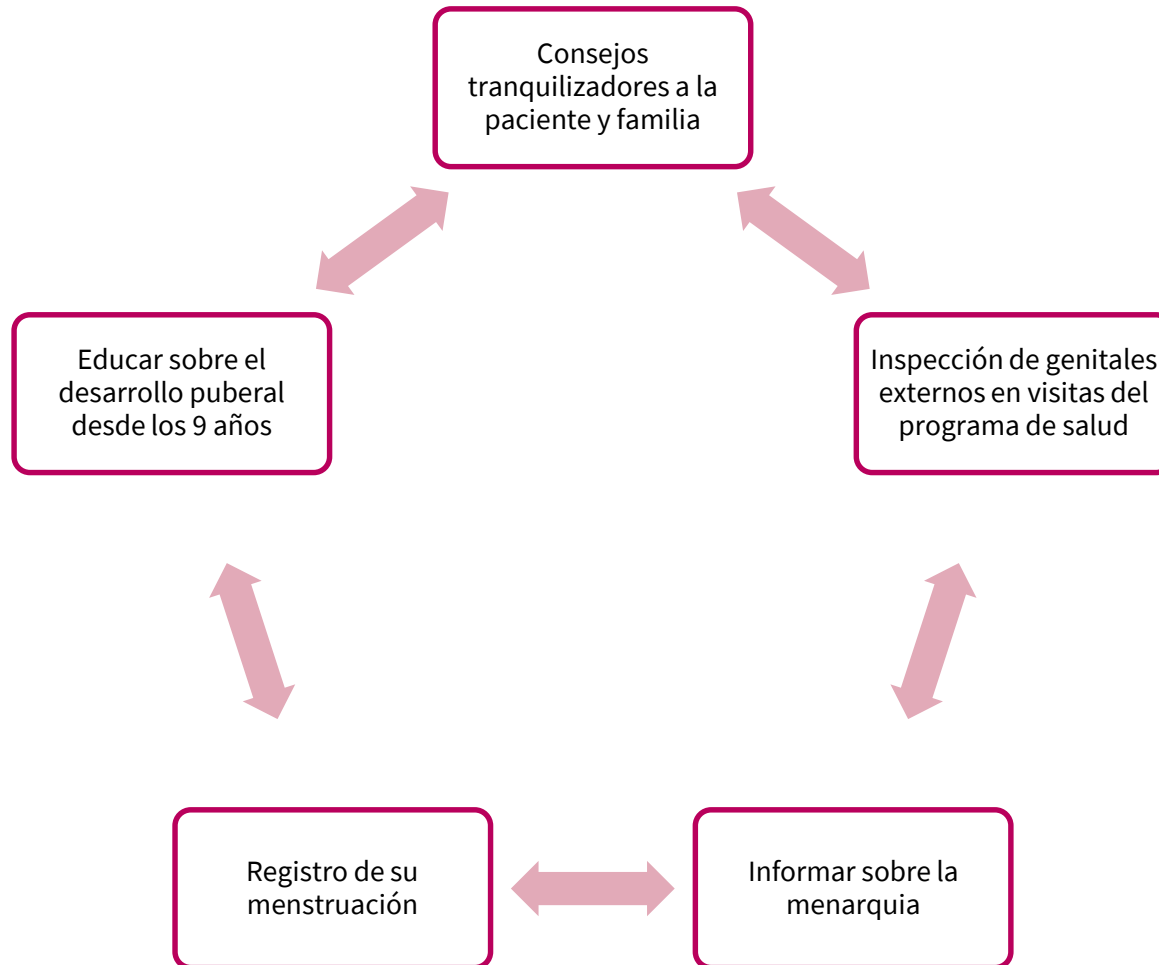
Actitud terapéutica según la repercusión del sangrado

- Hospitalización: si se comprueba hemoglobina < 10 g/dl con sangrado activo intenso o con anemia sintomática o hemoglobina < 7 g/dl.
- Terapia de mantenimiento: una vez controlado el episodio agudo de hemorragia; se mantiene 3-6 meses valorando la evolución de los ciclos tras suspenderlo.

Pronóstico

- El sangrado uterino anovulatorio generalmente se resuelve con la maduración del eje hipotálamo-hipófisis ovario.
- El tiempo que tarda en regularse el ciclo menstrual se relaciona con la edad de la menarquia.
- La mayoría de las adolescentes responden a la terapia hormonal. En caso de no responder, considerar diagnóstico alternativo.
- El pronóstico a largo plazo depende de la causa subyacente.

Guía anticipatoria



Puntos clave

- El sangrado uterino anormal se refiere a cualquier tipo de hemorragia diferente del patrón normal de los ciclos (en frecuencia, duración o cantidad).
- Se distinguen causas orgánicas y disfuncionales. Éstas últimas pueden ser ovulatorias o anovulatorias. Las anovulatorias constituyen la causa más frecuente en adolescentes.
- La causa más frecuente de la hemorragia uterina disfuncional anovulatoria es la inmadurez del eje hipotálamo-hipófisis-ovario.
- Para llegar al diagnóstico (de exclusión), se realiza una analítica básica que incluya coagulación y un test de embarazo si existen relaciones sexuales. La ecografía no es imprescindible.

Puntos clave

- La ferroterapia está indicada si hay anemia o ferropenia. El grado de anemia puede guiar en la actitud terapéutica.
- El sangrado uterino anovulatorio generalmente se resuelve con la maduración del eje hipotálamo-hipófisis-ovario y la actitud expectante puede ser suficiente.
- El tratamiento no hormonal incluye antiinflamatorios y el ácido tranexámico.
- El tratamiento hormonal puede ser no contraceptivo o con anticonceptivos combinados o gestágenos. Es efectivo, bien tolerado y seguro.