
HEMORRAGIAS GINECOLÓGICAS

Aranda Aguar, Sara (R2 de Ginecología y Obstetricia del HVC de Pamplona), Rico Martín, Beatriz (R2 del Ginecología y Obstetricia del HVC de Pamplona), Modroño Blanco, Ana Isabel. Médico especialista en Ginecología y Obstetricia CAM Tafalla

En general, se pueden considerar normales ciclos que oscilan entre 25 y 35 días, con una pérdida de sangre inferior a 80 ml y con una duración de 2-8 días.

La hemorragia uterina disfuncional (HUD) es un cuadro hemorrágico anormal que no puede atribuirse a enfermedades orgánicas ni al embarazo.

Es una patología frecuente llegando a afectar al 10-15% de las mujeres.

Las causas de hemorragias uterinas o vaginales son frecuentes. Podemos agruparlas de la siguiente forma:

1. Hemorragias disfuncionales.

2. Secundarias a enfermedades generales.

3. Hemorragias de causa orgánica. Dentro de este grupo, cabe distinguir:

- Tumores benignos: leiomiomas uterinos (el tumor más frecuente que puede aparecer en la mujer) y pólipos de localización cervical o endometrial. Más rara vez, traumatismos por coito o accidente, endometriosis o adenomiosis e inflamación pélvica.

- Tumores malignos: los que se asocian con mayor frecuencia con hemorragias son las neoplasias de cuerpo y cuello uterino y con menos frecuencia los tumores malignos de vulva, vagina y trompa.

Entre las **hemorragias uterinas anormales** se distinguen dos tipos fundamentales:

1) Hemorragias cíclicas: comprenden las pérdidas sanguíneas que ocurren coincidiendo con la menstruación y se diferencian por su duración, intensidad o ambas. Se incluyen:

- Hipermenorreas o menorragias: pérdidas sanguíneas excesivas en cantidad (mayor de 80 ml) o duración (más de siete días) o ambas, que ocurren en intervalos normales.

- Polimenorrea: hemorragias con intervalos excesivamente cortos y frecuentes (ciclos menores de 21 días o períodos libres de hemorragia menores de 18 días), pero normales en cantidad y duración.

- Polimenorragia: combinación de las dos definiciones previas.

2) Hemorragias acíclicas: aparecen de forma irregular y no guardan relación con la pérdida menstrual normal. Se distinguen dos tipos:

- Metrorragias: hemorragias irregulares o continuas, de intensidad variable, que hacen perder el carácter cíclico de la menstruación normal.

- Hemorragias intermenstruales: aparecen entre las menstruaciones normales (spotting periovulatorio).

DIAGNÓSTICO: Los pasos diagnósticos a seguir podrían esquematizarse así:

ANAMNESIS

— Edad **Adolescentes:** Los primeros años tras la menarquia son frecuentes los ciclos anovulatorios por inmadurez del eje hipotálamo hipofisario.

Fase reproductiva: La causa más frecuente de anovulación es el síndrome de ovario poliquístico y la obesidad, pero también por alteraciones en la función del cuerpo amarillo, existencia de quistes funcionales, etc.

Perimenopausia: Se altera la sensibilidad a las gonadotropinas (ciclos que se alargan y terminan en hemorragias excesivas).

— Descartar hábitos tóxicos (p.ej.: alcoholismo).

— Descartar iatrogenia (medicamentos hormonales o tratamientos anticoagulantes).

EXPLORACIÓN FÍSICA

El objetivo es descartar patología orgánica (lesiones a nivel vulvar, vaginal, cervical, pólipos, miomas, tumoraciones pélvicas, DIU, etc.).

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

— **Test de embarazo** si procede

— **Hemograma:** debe pedirse siempre para valorar la gravedad del cuadro, y la existencia o no de discrasias sanguíneas.

- En determinados casos: Estudio de coagulación. Citología si no la tiene reciente. Cultivo de flujo si se sospecha infección. Pruebas de función hepática.
- **Ecografía** (valorar las características del endometrio, existencia de miomas, quistes, etc.).
- Otras pruebas (microlegrado, legrado, estudio hormonal, histeroscopia, etc., a valorar por especialista).

CONDUCTA SI LA EXPLORACIÓN CLÍNICA ES NORMAL

1. Corregir el defecto de base si existe (iatrogenia, hepatopatías, etc.).
2. Tratamiento de la anemia si precisa.
3. Control de sangrado con tratamiento hormonal:
 - a) Adolescentes: se debe probar siempre tratamiento hormonal inicialmente.
 - b) Mujer en fase reproductiva:
 - < 45 años: probar tratamiento hormonal.
 - >45 años: remitir para valoración de otras técnicas diagnósticas-terapéuticas.Si tiene legrados previos de hace menos de un año con resultado anatomopatológico sin malignidad, instaurar tratamiento.
4. Menopausia: Derivar para valoración de otras técnicas diagnósticas.

Si el tratamiento médico no provoca el cese de la hemorragia en 48-72 horas se debe derivar a nivel secundario para valoración de legrado, sea cual sea la edad de la paciente.

Si la exploración clínica es dudosa o claramente patológica, remitir a especialista.

1) Tratamiento médico ambulatorio.

A) Inhibidores de las prostaglandinas. (Ácido mefenámico, naproxeno e ibuprofeno)

Son capaces de reducir la menorragia (un 30% en el sangrado menstrual). Además consiguen como beneficio adicional mejorar la dismenorrea. Se administran al inicio del flujo sanguíneo, para prevenir la síntesis de prostaglandinas.

B) Inhibidores de la fibrinólisis. (Ácido tranexámico 1-1,5 g. cada 6 horas por vía oral durante la menstruación, o ácido aminocaproico)

Reducen el flujo menstrual en un 40-50%, con escasos efectos secundarios.

C) DIU de Levonorgestrel (MIRENA®)

En caso de menorragia, consigue reducir la pérdida de sangre menstrual hasta en un 86% en un plazo de 3 meses y en un 97% en el plazo de 1 año. Es la terapia médica más eficaz en caso de menorragia.

D) Hormonoterapia: Debe tenerse en cuenta, especialmente en el caso de hemorragia prolongada, que la progesterona sola, sin una exposición preliminar a estrógenos (para sintetizar receptores de progestágenos) no tiene efecto alguno sobre el endometrio.

1) En pacientes jóvenes, el tratamiento de elección consistirá en un anticonceptivo oral combinado que contenga 35 µg. de estrógeno. Suele controlar la hemorragia en un plazo de 24 horas. Si esto no fuera así, se debe aumentar la dosis de forma escalonada.

Si la hemorragia es muy intensa, se administrarán además estrógenos conjugados a dosis de 25 mg. cada 4-6 horas vía intravenosa hasta controlar la hemorragia, continuando posteriormente con el anticonceptivo hasta completar 3 semanas de tratamiento.

Si la hemorragia es de carácter leve, se puede controlar con gestágenos cíclicos solamente (acetato de medroxiprogesterona 10 mg. al día del 15 al 25 del ciclo).

2) Si la paciente es mayor de 35 años, y especialmente si es mayor de 40 años, se recomienda terapia con progestágenos, si la hemorragia no es muy profusa.

También puede emplearse un preparado estrógeno-progestágeno de baja dosis, si no existen otros factores de riesgo vascular como tabaquismo, hipertensión o diabetes.

En caso de hemorragia severa, se puede utilizar danazol a dosis de 200-400 mg. día continuados.

También y generalmente como preparación al tratamiento quirúrgico se utilizan análogos de GnRh en preparados depot de administración mensual o trimestral.

2. Tratamiento quirúrgico: Si las formas de tratamiento médico no dan resultado o son inaceptables para la paciente, la única opción que queda es la intervención quirúrgica.

A. Legrado: Actualmente el legrado queda reservado al tratamiento inicial de una hemorragia no controlable y no constituye una solución definitiva del problema.

B. Tratamiento quirúrgico transcervical de invasión mínima. (histeroscopia).

Reducen costos, tiempo de hospitalización y de recuperación, y riesgos de la cirugía mayor.

C. Histerectomía.