

# HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL EN LA MUJER, ENFOQUE BÁSICO

## ABNORMAL UTERINE BLEEDING IN WOMEN, BASIC APPROACH



Pío Iván Gómez Sánchez.

Médico Cirujano y Epidemiólogo. Ginecobstetra. Fellow Salud Sexual y Reproductiva. Profesor Asociado. Facultad de Enfermería, Universidad el Bosque. e-mail: [gomezpio@unbosque.edu.co](mailto:gomezpio@unbosque.edu.co)

### Resumen

El síntoma de sangrado genital en la mujer constituye uno de los principales retos tanto para el personal de salud por la multiplicidad de etiologías orgánicas y funcionales que se pueden presentar desde la recién nacida hasta la mujer perimenopáusica. En este trabajo se revisan algunos conceptos del ciclo menstrual normal, definiciones y se hace un enfoque de la hemorragia uterina anormal por grupos etáreos, especificando las causas orgánicas y funcionales características de la recién nacida, prepúber, adolescente, mujer adulta, premenopáusica y postmenopáusica. Al final se propone un enfoque diagnóstico y terapéutico.

**Palabras clave:** Hemorragia uterina anormal, grupos etáreos, enfoque básico

### Abstract

Abnormal uterine bleeding is one of the main challenges for Health Care Professionals because multiplicity of organic and functional etiology. Abnormal uterine bleeding could affect women of all ages including newborn and postmenopause women. Some aspects of normal menstrual cycle are presented including definitions but our focus is in abnormal uterine bleeding. We will focus in age groups specifying whether organic or functional causes are involved. Finally we present a diagnostic and therapeutic approach.

**Key words:** Abnormal uterine bleeding, age groups, basic approach

### Introducción

El (la) profesional de enfermería muchas veces es la primera persona que se enfrenta con el caso de la mujer que consulta por sangrado genital anormal y requiere conocer aspectos básicos de la fisiología del ciclo menstrual normal, así como las posibles causas del sangrado genital anormal, para orientar adecuadamente a la mujer.

La Hemorragia Uterina Anormal (HUA) es una entidad muy frecuente en la consulta ginecológica, siendo en los hospitales de remisión cerca del 40% de los motivos de consulta ginecológica. A pesar de lo anterior, el enfoque diagnóstico presenta dificultades por la diversidad de etiologías y se hace necesario enfocar el problema de una forma práctica por grupos de edad, ya que cada grupo etáreo presenta diferentes causas y por ende su tratamiento es diferente.

## 1. Ciclo menstrual normal

Es importante revisar algunos aspectos normales del ciclo menstrual, para entender mejor las anormalidades en el mismo.

El sangrado menstrual es consecuencia del desprendimiento a intervalos regulares de un endometrio secretor que implica un eje neuroendocrino maduro, funcionando armónicamente y que produce finalmente ovulación, cuerpo lúteo, progesterona y luteinización endometrial.

En el ciclo menstrual normal intervienen el hipotálamo, la hipófisis y el ovario en forma básica, recibiendo influencias tanto del medio ambiente interno como del medio ambiente externo y actuando a su vez sobre los órganos sexuales preparándolos para la reproducción

El ciclo menstrual se caracteriza por presentar una primera fase en la que existe una secreción baja y casi constante de LH y FSH. La secreción de FSH es la que produce el crecimiento y desarrollo del folículo, el cual comienza a secretar estrógenos en forma creciente, los cuales producen la proliferación del endometrio. Hacia la mitad del ciclo y como consecuencia del incremento en la secreción de estrógenos se produce un pico de gonadotropinas, especialmente de la LH primordial para la ovulación 24-36 horas antes. Al haber ovulación, queda una zona cruenta en el folículo que se llena de sangre, la cual trae colesterol, lipoproteínas de alta y baja densidad, formándose así el cuerpo amarillo que comienza a secretar progesterona la cual tiene un efecto secretor sobre el endometrio. Al no haber gestación, los niveles de progesterona descienden y se produce la menstruación. De tal manera que el ciclo menstrual consta de dos fases, una proliferativa dependiente de estrógenos y una secretora dependiente principalmente de progesterona (1,2).

Funcionalmente entonces el ciclo menstrual tiene tres fases:

1. Fase de desarrollo folicular con niveles bajos y casi constantes de Hormona Folículo Estimulante (FSH) y Luteinizante (LH), terminando en un nivel ascendente de estrógenos.
2. Pico de gonadotropinas a la mitad del ciclo como consecuencia de la elevación de estrógenos.
3. Una fase postovulatoria con niveles altos de progesterona circulante y niveles bajos de gonadotropinas que termina con la aparición de la menstruación al caer los niveles de progesterona. Hay que recordar que la Hormona liberadora de Gonadotropinas (GnRH), se produce en el núcleo arcuato (hipotálamo basal medial), de forma pulsátil en el sistema portahipofisiaria por vías axonales que se encuentran en el tracto tuberoinfundibular (1).

La sangre menstrual es una mezcla de endometrio, sangre, moco y células vaginales, no coagula a excepción de los días de mayor sangrado y no contiene fibrina, siendo estos coágulos agregados de eritrocitos, moco, mucoproteínas y glucógeno, si aparece fibrina no es un sangrado menstrual normal.

En cuanto a la frecuencia de aparición de sangrado menstrual, ésta es de 21 a 35 días, con un promedio de 28 días.

La duración del sangrado menstrual es de 2 a 7 días, con un promedio de 3 días y el volumen del mismo varía entre 20 y 80 cc., con un promedio de 35 cc. De tal forma que podemos hablar de hipermenorrea cuando existe un aumento en el número de días del sangrado menstrual o en el volumen del mismo; de hipomenorrea, cuando existe una disminución en el número de días del sangrado menstrual o en el volumen del mismo; de polimenorrea, cuando la duración del ciclo menstrual es de menos de 21 días y de oligomenorrea cuando la duración del mismo es de más de 35 días.

Es usual que haya sangrado intermenstrual de ovulación (Signo de Hartman), el cual es microscópico en la mayoría de las mujeres y hasta en un 20% puede ser macroscópico lo cual se debe a la caída estrogénica en la mitad del ciclo por el pico de LH, con lo cual se altera la estereoidogénesis ovárica y se produce sangrado por privación hormonal; si tomáramos una biopsia endometrial en este momento, encontraríamos endometrio proliferativo tardío o secretor temprano (1).

En la vida de la mujer los ciclos pueden ir disminuyendo en duración, por cada 5 años puede acortarse 1 día a expensas de la duración del cuerpo lúteo.

## 2. Definición de hemorragia uterina anormal

Teniendo ya una breve revisión sobre los aspectos normales del ciclo menstrual y algunas definiciones semiológicas, podemos iniciar nuestra revisión sobre HUA, la cual se define como cualquier alteración de la menstruación o del ciclo menstrual causado por trastornos orgánicos o disfuncionales. Se entiende por hemorragia disfuncional, aquella de origen uterina relacionada con trastornos en los

mecanismos fisiológicos del ciclo menstrual, sin causa orgánica, sea ésta local, sistémica o gestacional. (2)

Haremos la revisión sobre HUA por grupos de edades con fines didácticos, enfatizando en las principales causas, sean éstas orgánicas o disfuncionales de acuerdo a cada grupo.

## 3. HUA por edades

### 3.1 Hua en Neonatos

En la recién nacida, la HUA es infrecuente y generalmente es funcional, secundaria a la presencia de estrógenos de la madre en el torrente circulatorio de la recién nacida, que por privación puede presentar sangrado genital.

### 3.2 Hua en Prepúberes

La posibilidad de HUA en la niña prepúber es de menos del 1% y a diferencia de grupo anterior, en éste la principal causa es orgánica, relacionada especialmente con trauma, cuerpos extraños y vaginitis principalmente gonocócica. La vaginitis y el trauma genital se asocian con frecuencia a abuso sexual.

En algunos casos, aunque con menos frecuencia se presentan prolapso de la mucosa uretral, tumores ováricos funcionantes o pubertad precoz en la cual hay cambios en los caracteres sexuales secundarios; el tipo más común (90%) es constitucional, de mucho menor frecuencia son las alteraciones del sistema nervioso central, tiroides y/o glándula suprarrenal.

El sarcoma botrioides es una entidad de rara presentación que puede producir sangrado genital en la infancia, época en la cual es más frecuente, aunque puede aparecer a cualquier edad; éste tiende a formar masas voluminosas y blandas (similar a un racimo de uvas). Histológicamente hay muchos tipos de células mesodérmicas. En niñas tiende a ser localmente invasor, se propaga a la cavidad peritoneal y puede obstruir las vías urinarias y finalmente causar la muerte. El pronóstico es muy malo y suele recurrirse a tratamiento quirúrgico, quimioterapia y radioterapia pero realmente con poca utilidad (3,4).

### 3.3 Hua en la Adolescencia

La edad de la menarquia ha ido disminuyendo cada día más; en la medida en que los países se han desarrollado y el

aporte nutricional mejora, va descendiendo la edad a la cual la mujer consigue sus acúmulos grasos; se ha demostrado un nivel crítico de acúmulo calórico de grasa antes de iniciarse los ciclos reproductivos; también se han postulado los niveles de luz como importantes en el proceso de maduración; la luz entra por la retina, viaja por el nervio óptico hasta el ganglio cervical superior y de allí a la glándula pineal desde donde se libera melatonina, controlándose el factor liberador de gonadotropinas (1).

La presencia de HUA en la adolescente es de poco más del 20% y en este grupo reaparece nuevamente como principal causa la disfuncional, ya que durante el primer año postmenarquia más de la mitad de los ciclos son anovulatorios, y a pesar de ser característica esta disfunción anovulatoria en este grupo, se deben descartar causas orgánicas, sistémicas o gestacionales; ocasionalmente se encuentran sangrados uterinos por inadecuado uso de métodos anticonceptivos hormonales (5,6).

### 3.4 Hua en la edad adulta

De 100 mujeres que consulta por HUA, 30 de ellas se encuentran en la edad adulta, siendo en este grupo la causa orgánica la más importante y debiendo descartar inicialmente patologías gestacionales como el aborto, enfermedad trofoblástica y la gestación ectópica.

Aquí aparecen también otras entidades ginecológicas cervicales, como pólipos endocervicales, cervicitis y Cáncer Cervical; endometriales como: pólipos endometriales y endometritis crónicas relacionadas principalmente con el DIU y la TBC genital; miometriales, básicamente leiomiomas intramurales, submucosos y subserosos (7), y además infrecuentemente sarcomas vaginales, vaginitis in-

fecciosas, ocasionalmente químicas, y traumas de la misma. Los miomas especialmente los submucosos e intramurales son los que más se asocian a sangrado genital. De todas formas en este grupo se deben descartar causas sistémicas que se enumerarán más adelante.

Muy rara vez el sarcoma botrioides puede aparecer en la edad reproductiva siendo generalmente dependiente del cérvix, a diferencia de la postmenopausia cuando generalmente es dependiente del fondo uterino; en la mujer adulta a menudo se acompaña de metástasis no sólo a ganglios linfáticos regionales sino a órganos a distancia.

De otra parte hay que tener en cuenta que en algunos casos, aunque muy infrecuentemente la causa no es orgánica, sino disfuncional dada por un cuerpo lúteo insuficiente o persistente.

La mitad de las mujeres que consultan por HUA son perimenopáusicas y en ellas predominan las disfunciones anovulatorias sin embargo, al igual que en todos los grupos

se deben descartar causas orgánicas como patologías malignas cervicouterinas, trastornos sistémicos y no olvidar que en este grupo aún pueden presentarse hemorragias gestacionales (6).

### 3.6 Hua Postmenopáusica

En la mujer postmenopáusica predomina la causa orgánica, siendo en este grupo etéreo principalmente la asociada con Cáncer. Endometrial, cervicovaginitis atrofica y nuevamente alteraciones sistémicas.

En este grupo es muy importante descartar entidades malignas y buscar posibles fuentes, tanto exógenas como endógenas de estrógenos, ya que muchas mujeres utilizan en forma empírica estrógenos para manejar los síntomas menopáusicos, y al no existir antagonismo progestacional, se produce sangrado genital.

En otros casos, la fuente es endógena debido a la presencia de neoplasias ováricas funcionantes.

## 4. Causas sistémicas de HUA

Como ya se ha mencionado en prácticamente todos los grupos etéreos, siempre se deben descartar las causas sistémicas orgánicas como:

- Trastornos hematológicos
- Trastornos en el lecho vascular
- Hepatopatías severas que por alteración de los factores de coagulación o de los mecanismos del metabolismo de los esteroides sexuales, pueden producir alteraciones del ciclo menstrual.
- Igualmente cardiopatías que cursen con hipoxia severa, pueden alterar la esteroidogénesis ovárica.
- Las neuropatías por alterar los mecanismos de excreción
- Las endocrinopatías hipofisarias, tiroideas o pancreáticas.
- La hipertensión arterial puede producir o agravar la hemorragia genital.

## 5. Causas obstétricas de HUA

Dentro de las causas orgánicas, las obstétricas pueden considerarse en primer lugar en la mujer desde la pubertad hasta la perimenopausia; entre éstas se deben tener en cuenta el aborto en todas sus formas, la amenaza de aborto, el aborto incompleto o completo, la gestación ectópica, el aborto retenido y el aborto en curso; la enfermedad trofoblástica gestacional en todos sus estadios, desde la mola in situ hasta el coriocarcinoma.

Dentro de las causas orgánicas ginecológicas tenemos en cérvix; cervicitis, pólipos, carcinoma y ulceraciones, y en útero: adenomiosis, leiomiomas, carcinoma endometrial, sarcoma uterino, pólipos endometriales, cervicitis crónica (DIU y TBC genital) y métodos de anticoncepción.

## 4. Enfoque Diagnóstico y terapéutico

El diagnóstico debe sustentarse con una adecuada historia clínica, un buen examen físico y de acuerdo a cada caso se pueden utilizar exámenes complementarios como química sanguínea, pruebas hormonales, citologías y/o biopsias.

En la historia clínica es necesario consignar la edad de la paciente, ya que como vimos, existen diferentes etiologías de acuerdo a cada grupo etáreo.

Igualmente se debe consignar la paridad de la paciente y el tipo de actividad que ésta realiza, ya que cuando la mujer hace ejercicio en forma importante como por ejemplo una bailarina o una atleta de competición, incrementa los niveles de betaendorfinas, con lo cual se pueden producir alteraciones del ciclo menstrual **(1)**.

También son importantes el tipo de alimentación y el método de planificación, ya que en algunos casos las alteraciones del ciclo son efectos secundarios del método de planificación o consecuencia del mal uso del mismo, como por ejemplo la mujer que no toma diariamente sus anovulatorios puede presentar sangrado genital por privación.

Algunas drogas por sus efectos sobre neurotransmisores como la dopamina pueden alterar el eje hipotálamo - hipófisis - ovario y producir trastornos menstruales, como por ejemplo algunas fenotiazinas como la metoclopramida, la clorpromazina y otros fármacos tanto antipsicóticos como anticonvulsivantes **(8)**.

Lógicamente se indagará sobre las características de sangrado, por ejemplo el tiempo de evolución, la presencia o no de coágulos, si hay dolor asociado, mal olor, etc.

Se debe investigar la presencia de flujo vaginal, sinusorragia y dispareunia; igualmente de dismenorrea, tensión premenstrual, mastodinia y sangrado sin coágulos, estos últimos son signos indirectos de ovulación, de tal manera que su ausencia en una mujer que previamente los manifestaba puede indicar disfunción anovulatoria.

Se consignará en la historia clínica los signos vitales y la relación talla/peso de la paciente, igualmente se deben buscar crecimientos anormales de la glándula tiroidea, galactorrea que puede indicarnos hiperprolactinemia secun-

daria a tumores hipofisarios, hipotiroidismo o al uso de fármacos.

Debemos inspeccionar cuidadosamente el clítoris y la vulva, llevar a cabo una especuloscopia en busca de lesiones en vagina o cuello uterino y finalmente realizar tacto vaginal y vagino-rectal en búsqueda de tumoraciones uterinas, anexiales o de otros órganos adyacentes. Si están disponibles se pueden utilizar ayudas diagnósticas como ecografía pélvica y/o transvaginal.

Haciendo un breve enfoque terapéutico tenemos:

En la recién nacida el tratamiento se orientará a tranquilizar a la madre, explicándole la etiología del sangrado y observando a la paciente.

En la niña prepúber es esencial descartar causa orgánica y se debe realizar una inspección directa del canal vaginal para lo cual en forma práctica y al carecer en nuestro medio de equipos especiales como el vaginoscopio, se puede realizar con un otoscopio, tendiendo a buscar básicamente cuerpos extraños, lo cual a veces se puede hacer en el consultorio sin anestesia, pero otras veces requerirá sedación profunda.

En la adolescente después de descartar hemorragias gestacionales y otras causas orgánicas, la principal causa es la hemorragia disfuncional **(6)**, que se clasificará en tres grupos de acuerdo con su intensidad, así:

**Grupo I:** Caracterizado por menstruaciones erráticas e impredecible, sin compromiso del estado general de la paciente y cuyo tratamiento es explicarle a la paciente que se trata de un trastorno pasajero.

**Grupo II:** Caracterizado por gran irregularidad, y por ser profuso y prolongado. Debido a que el sangrado genital es producido por la disfunción anovulatoria, ya que no existe antagonismo progestacional para el efecto estrogénico. El tratamiento puede llevarse a cabo mediante la administración vía oral de progestágenos en la segunda mitad del ciclo o anovulatorios orales combinados.

**Grupo III:** En el cual el sangrado es importante y puede llevar a cifras de hemoglobina por debajo de 10 mg/dl y choque hipovolémico.

En este caso el tratamiento es intrahospitalario debido al deterioro del estado general de la paciente y además de medidas generales, como por ejemplo, transfusiones sanguíneas, se inicia la administración intravenosa de estrógenos conjugados 25 mg cada 4 horas, hasta lograr el control del sangrado.

Una vez estabilizada la paciente, la administración de los estrógenos puede hacerse por vía oral y adicionar progestágenos para producir efecto secretor en el endometrio.

Posteriormente el tratamiento será ambulatorio con progestágenos orales en la segunda mitad del ciclo como se hacía en el grupo II.

Este uso de estrógenos conjugados IV debe reservarse solamente para las adolescentes con sangrado genital de muy difícil control, sin causa orgánica y no debe extrapolarse su uso a otros grupos etáreos.

En la paciente adulta el tratamiento se orientará hacia la causa orgánica desencadenante que como ya se ha mencio-

nado puede ser: gestacional, ginecológica, tumoral, infecciosa, inflamatoria o sistémica.

En la paciente premenopáusica, la principal causa es la disfuncional y al igual que en la paciente postmeno-páusica se deben descartar patologías orgánicas principalmente malignas, razón por la cual en estos dos grupos es prioritario dentro del estudio la realización de un legrado fraccionado, el cual corroborará el diagnóstico de disfunción anovulatoria si reporta endometrio proliferativo sangrante, y en este caso el tratamiento consistirá en el esquema ya mencionado de progestágenos orales en la segunda mitad del ciclo menstrual o anovulatorios orales combinados.

Finalmente hay que insistir en la necesidad de enfocar el estudio de la HUA por grupos de edades, teniendo en cuenta que no se puede hablar de hemorragia disfuncional sin previamente haber descartado causas orgánicas que no solamente se encuentran localizadas en los genitales de la mujer, sino que también pueden ser sistémicas.

## Bibliografía:

1. Speroff L. Clinical Gynecologic Endocrinology & Infertility. Ed. Lippincott Williams & Wilkins. 6<sup>th</sup> Edition. 2001: 127
2. Freeman S. Dysfunctional uterine bleeding. Principles of diagnosis and management. *Adv Nurse Pract.* 2002;10(12):20-25
3. Chanona JG y cols. Pólipo estromal mesodérmico de la vagina: Estudio clínico-patológico e inmunohistoquímico de cuatro casos y revisión de la literatura. *Rev Instituto Nal Cancerología de México.* 2000; (46) 4:255-259
4. Moisés C. y cols. Tumorações Exofíticas Congénitas. *Dermatol Pediatr Lat* 2003; 1(1): 58-60.
5. Albers JR, Hull SK, Wesley RM. Abnormal uterine bleeding. *Am Fam Physician.* 2004 15;69(8):1915-26
6. Oriel KA, Schrage S. Abnormal uterine bleeding. *Am Fam Physician.* 1999;60(5):1371-80
7. Murase E, Siegelman ES, Outwater EK, Perez-Jaffe LA, Tureck RW.: Uterine leiomyomas: histopathologic features, MR imaging findings, differential diagnosis, and treatment. *Radiographics* 1999; 19(5):1179.
8. Gómez P.I. Anticoncepción hormonal en desórdenes neurológicos y del comportamiento . *Revista Controversias en Ginecología y Obstetricia.* 2000; (5)29: 31-35