



HIPERMENORREA

La hipermenorrea o sangrado menstrual abundante es un problema muy frecuente y un motivo de consulta muy habitual.

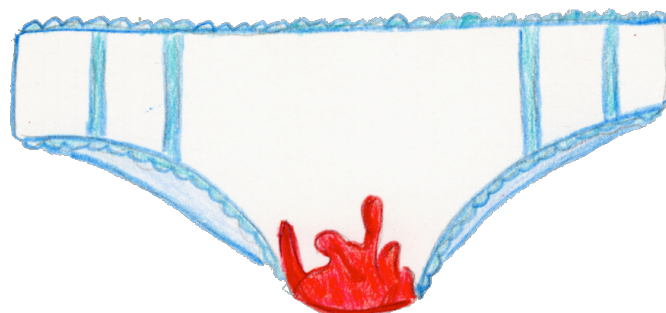
DEFINICIÓN

Se considera un ciclo menstrual normal aquel que aparece cada 21-35 días*, tiene una duración de entre 4 y 8 días y una cantidad de entre 5 y 80 mL. Lógicamente es muy difícil medir exactamente la cantidad exacta de sangrado durante la regla y, por lo tanto, es preciso fiarnos de lo que refiere la paciente, de forma subjetiva, como regla abundante.

*La duración considerada como normal puede variar en función del autor.

EPIDEMIOLOGÍA

También es muy complicado definir la frecuencia o la prevalencia del sangrado menstrual abundante en la población. Sin embargo, la OMS afirma que la prevalencia de hipermenorrea se encuentra entre el 8 y el 27% de las mujeres en edad fértil.

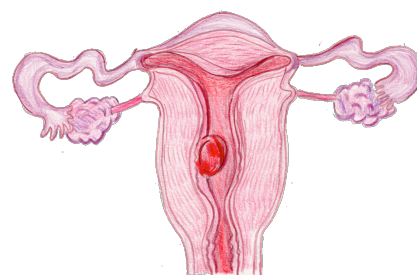


Lo que sí que es bien conocido es que este problema es más frecuente en los extremos de la edad reproductiva, es decir, en la adolescencia y en la premenopausia. También existen factores favorecedores como la edad, algunas enfermedades como el hipotiroidismo o el uso del DIU de cobre.

CAUSAS

Podemos dividir las causas de sangrado menstrual abundante en dos grandes grupos: orgánicas (o estructurales) y funcionales.

CAUSAS ORGÁNICAS: entre las causas más frecuentes se encuentran los pólipos, miomas, adenomiosis (endometriosis en el espesor del miometrio), cáncer de endometrio, desgarros, ectopia cervical...



CAUSAS FUNCIONALES: la causa más frecuente de hipermenorrea funcional son los estados disovulatorios, (como el síndrome de ovario poliquístico, inmadurez del eje, ovarios próximos a la

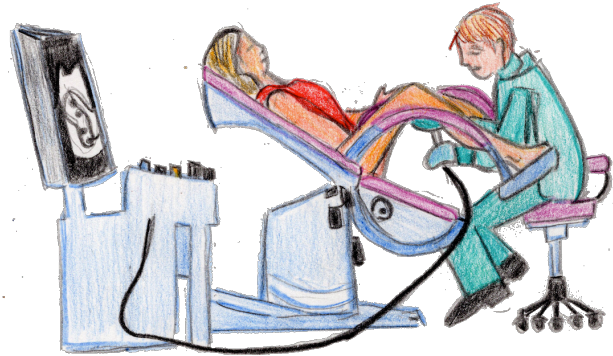


menopausia que ovulan con menos frecuencia). Otras posibles causas funcionales pueden ser la hiperplasia endometrial, coagulopatías o el uso de fármacos (Acenocumarol, Tamoxifeno)....

La progesterona se produce en el ovario, una vez que el folículo domine ovula y se convierte en el cuerpo lúteo. Como explicamos en el vídeo del Síndrome de Ovario Poliquístico, en los estados dis o anovulatorios el endometrio está expuesto a un estímulo estrogénico constante sin la oposición de la progesterona. Este crecimiento desmedido del endometrio es el causante del sangrado uterino abundante en estas pacientes.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico del sangrado menstrual abundante comienza siempre con una buena anamnesis y una buena exploración. Será muy importante, antes de seguir con el estudio, descartar la posibilidad de embarazo.



Solemos pedir también pruebas de laboratorio, sobre todo un hemograma. Sin embargo, no existe una correlación perfecta entre la hematimetría y la cantidad de sangrado. (De las mujeres con sangrado menstrual de 200 mL sólo el 50% van a presentar anemia). Podemos completar el estudio con otras pruebas como determinaciones de hierro o ferritina (para medir los depósitos de hierro).

Sólo haremos una determinación hormonal en aquellas mujeres en las que sospechemos alguna alteración: Síndrome de ovario poliquístico, hiperandrogenismo, hipo o hipertiroidismo, hiperprolactinemia.... Sospecharemos alteraciones hormonales cuando los ciclos menstruales sean muy cortos, muy largos o irregulares. También podemos sospecharlo en aquellas mujeres que presenten otra sintomatología, como por ejemplo la aparición de hirsutismo, acné o acantosis nigricans.

Podemos sospechar alteraciones de la hemostasia en las mujeres que presenten historia personal o familiar de sangrados abundantes, o cuando la hipermenorrea aparece desde la menarquia y no desaparece a pesar del tratamiento adecuado. La alteración de la hemostasia más frecuente es la enfermedad de Von Willebrand.

Casi siempre utilizaremos la ecografía como prueba de imagen de primera línea. En la mayoría de los casos con esta prueba será suficiente para establecer un diagnóstico. Podemos hacer otras pruebas de segunda línea si sospechamos patología en la cavidad endometrial como la histerosonografía o la histeroscopia. (Como veremos en el vídeo correspondiente, la histerosonografía consiste en rellenar con suero la cavidad endometrial para que en la ecografía podamos ver mejor la patología intracavitaria).



La resonancia magnética casi nunca es necesaria en estos casos, siendo además una técnica muy costosa. La reservaremos únicamente para casos dudosos o para planificar cirugías complejas.

Podemos hacer también una biopsia endometrial mediante una cánula de Cornier en aquellas pacientes en las que sospechemos o exista algún factor de riesgo de malignidad: mujeres mayores de 45 años, pacientes que no respondan de la forma esperada al tratamiento. (Si la muestra es insuficiente es muy improbable que haya malignidad, por lo que, salvo que persista el sangrado o tengamos una alta sospecha, no será necesario repetirla).

TRATAMIENTO MÉDICO

El tratamiento médico suele ser el tratamiento de primera línea. Estas son las diferentes alternativas terapéuticas por orden de eficacia:

- DIU LNG: es el tratamiento más eficaz para tratar la hipermenorrea, con una reducción del sangrado hasta 90%. En mujeres con miomas intracavitarios hay un riesgo alto de expulsión.
- ACO hormonal combinado: los más utilizados. Reducen el sangrado hasta en un 60%. Parece que la combinación concreta de VE2 / Dienogest en preparado cuatrifásico (en España Qlaira) parece ser especialmente eficaz, con una reducción del sangrado del 85%. Sin embargo, no está comercializado en todos los países.
- Antifibrinolíticos como el Ácido tranexámico: son muy útiles porque apenas tienen efectos adversos y no son un tratamiento hormonal, por lo que puede ser un tratamiento de primera línea. Reducen el sangrado un 50% de forma muy rápida (eficaz a las 2 horas de administración). Sin embargo, no debieran usarse más de 3-5 días por ciclo (NO se han encontrado eventos tromboembólicos con la utilización de A. Tranexámico). También tiene la ventaja de que, al no tener efecto anticonceptivo, lo podemos utilizar en mujeres que estén buscando embarazo. (Otros antifibrinolíticos como el ácido E-aminocaproico o el etamsilato son menos eficaces y tienen más efectos adversos).
- Gestágenos: Los usamos en pacientes en las que no podemos dar estrógenos o que no desean utilizarlos: mujeres fumadoras de más de 35 años, historia previa de tromboembolismo, coagulopatías. Es necesario utilizar una pauta de, al menos, 21 días al mes para que sean eficaces (reducción del sangrado del 50%). Si los usáramos únicamente 10 días al mes la reducción del sangrado sería sólo del 20%.
- AINEs: reducción del sangrado del 30%, con la ventaja sobreañadida de funcionar como analgésicos. Puede ser, por lo tanto, una buena idea utilizarlos como tratamiento coadyuvante.

*En caso de sangrado agudo existe la posibilidad de administrar estrógenos o estrógenos + gestágenos a dosis altas para cohibir el sangrado rápidamente. (Esta circunstancia se explica con más detenimiento en el tema de “Sangrado menstrual abundante en adolescentes”).



TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

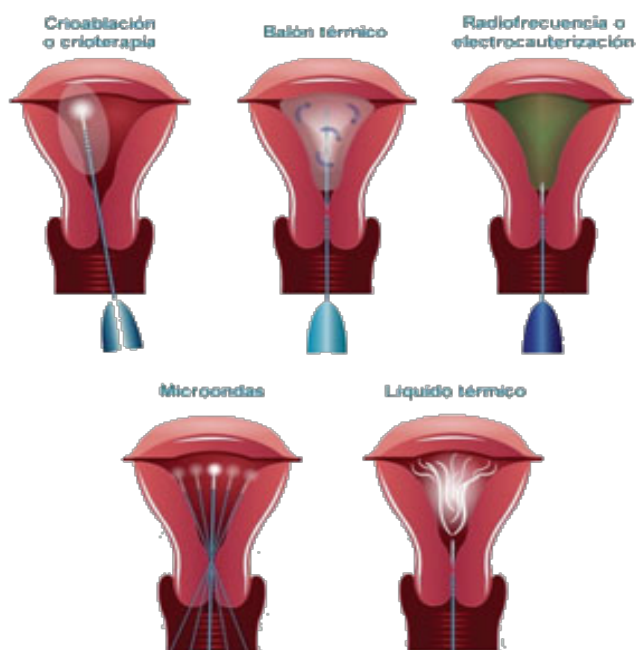
En general lo reservamos para cuando existe patología intracavitaria (como pólipos o miomas) o cuando el tratamiento médico no ha tenido éxito.

El legrado uterino ha sido el tratamiento clásico de la hipermenorrea persistente, sin embargo, ha quedado relegado por otras técnicas menos agresivas e igual o más eficaces. Sólo recurriremos al legrado en casos de inestabilidad hemodinámica, como medida de emergencia, y siempre asociado a tratamiento médico posterior.

Las técnicas endoscópicas son mucho más eficaces. De hecho, algunos autores propugnan que deben ser de primera línea en algunos casos. Sin embargo, sólo pueden utilizarse en mujeres que tengan el deseo genésico cumplido, porque tienen como objetivo la destrucción parcial o total del endometrio.

Dentro de las técnicas endoscópicas están las llamadas de primera generación: endometrectomía (resección del endometrio con asa de diatermia); y las denominadas de segunda generación, que son más eficaces, más rápidas, menos operador-dependientes y con menos complicaciones (si están disponibles pueden ser de primera elección): balón térmico, malla bipolar... Estas técnicas de segunda generación precisan un estudio previo de la cavidad endometrial.

Como último recurso, la técnica más eficaz y definitiva es la histerectomía. Sin embargo, es una cirugía con más complicaciones potenciales.



BIBLIOGRAFÍA

- Kaunitz AM, Barbieri RL, Chakrabarti A. Sangrado uterino anormal en pacientes en edad reproductiva no embarazadas: terminología, evaluación y abordaje diagnóstico. En: UpToDate, Post TW, editor. UpToDate, Waltham, MA. [actualizado el 3 de mayo de 2024]
- Kaunitz AM, Barbieri RL, Chakrabarti A. Sangrado uterino anormal en pacientes en edad reproductiva no embarazadas: manejo. En: UpToDate, Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA. [actualizado el 22 de octubre de 2024];
- Munro MG, Critchley HOD, Fraser IS, Comité de Trastornos Menstruales de la FIGO. Los dos sistemas FIGO para los síntomas de sangrado uterino normal y anormal y la clasificación de las



causas del sangrado uterino anormal en los años reproductivos: revisiones de 2018. Int J Gynaecol Obstet 2018; 143:393.

- Fernández Parra J, Álvarez López C, Martínez Morales S. Actualización del sangrado menstrual abundante. Prog Obstet Ginecol. 2020;6



AulaGinecología.com