



HIPERMENORREA EN ADOLESCENTES

La hipermenorrea, caracterizada por un sangrado menstrual excesivo, constituye una de las consultas más recurrentes en la práctica ginecológica, siendo especialmente prevalente entre la población adolescente.

DEFINICIÓN

Se define como menstruación normal aquella cuya duración oscila entre 24 y 35 días, con un periodo de sangrado que varía de 4 a 8 días y un volumen total de sangrado estimado entre 5 y 80 mL. Dado que es impracticable medir objetivamente el volumen de sangrado en los pacientes, es necesario confiar en su percepción subjetiva.



CAUSAS

Existen diversas causas que pueden provocar un sangrado menstrual abundante en adolescentes, incluyendo enfermedades crónicas, trastornos de coagulación, quimioterapia y trasplantes. No obstante, la causa más común de hipermenorrea en la adolescencia son los estados anovulatorios.

En los ciclos anovulatorios, se observa una producción continua de estrógenos ser contrarrestados por la progesterona (ver tema de ciclo ovárico). Los estrógenos ejercen un efecto proliferativo sobre el endometrio, mientras que la progesterona, que predomina en la segunda fase del ciclo y es secretada por el cuerpo lúteo, desempeña una función antiproliferativa y estabilizadora. La ausencia de ovulación impide la formación del cuerpo lúteo y, en consecuencia, el incremento en los niveles de progesterona, resultando en un crecimiento endometrial excesivo que culmina en sangrados irregulares y abundantes.

Frecuentemente, esta anovulación en adolescentes se atribuye a la inmadurez del eje hipotálamo-hipófiso-gonadal, especialmente común en los primeros años post-menarquia. Otras causas menos habituales en adolescentes pueden incluir el Síndrome de Ovario Poliquístico o enfermedades sistémicas.

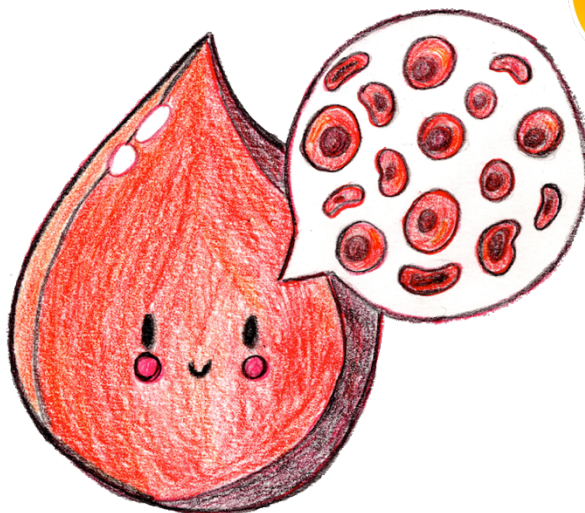
TRATAMIENTO

El objetivo principal del tratamiento es revertir el estado de anemia y, a ser posible, conseguir unos ciclos más regulares. Además, también trataremos de reducir los posibles riesgos a largo plazo de este estado anovulatorio.

El primer paso en el manejo clínico debe ser la exclusión de un embarazo, incluso si la posibilidad parece remota.



Si queremos hacer una determinación hormonal en estas pacientes, debemos hacerlo antes de comenzar con tratamiento hormonal, para que esta no resulte falseada. Además, el tratamiento con estrógeno puede enmascarar un posible trastorno de la coagulación.



ANEMIA LEVE (>10 mg/dL): se puede mantener una actitud expectante. También podríamos usar suplementos de hierro.

ANEMIA MODERADA (<10 mg/dL) CON SANGRADO PAULATINO: en estos casos se prefiere un manejo más activo:

- Ácido tranexámico en dosis de 1 gr cada 6 horas mientras persista el sangrado abundante (máximo 3-5 días). El ácido tranexámico actúa muy rápidamente, reduciendo significativamente el sangrado.
- ACO con 30 mg de EE. Los estrógenos NO disminuyen la talla final, por lo que pueden ser utilizados incluso en pacientes adolescentes.
- ACO sólo gestágeno: son algo menos eficaces para disminuir el sangrado, por lo que los reservamos para casos en los que los estrógenos estén contraindicados: migraña con aura, LES, enfermedades hepáticas... Los preparados de sólo gestágenos hay que usarlos al menos 10 días al mes para que reduzcan el sangrado. (Las pautas intermitentes de 10 o 14 días no tienen efecto anticonceptivo).

ANEMIA MODERADA CON SANGRADO AGUDO INTENSO: en estos casos cohibir el sangrado es prioritario, por lo que utilizaremos tratamientos más agresivos. De primera línea utilizaremos ACO combinado, pero a dosis más altas de lo habitual: un comprimido cada 8 horas hasta que el sangrado sea menos abundante, (después haremos una pauta descendente... 1 comp/12h durante 48 h). Estas dosis altas de tratamiento pueden producir náuseas, por lo que muchas veces tendremos que asociarlas a un antiemético.

SANGRADO GRAVE: en caso de sangrado grave o que no responde al tratamiento debemos utilizar expansores de volumen, recurriendo a la trasfusión de hemoderivados si es necesario.

- Estrógenos a altas dosis: en estas pacientes puede ser imprescindible la utilización de estrógenos IV, a dosis máxima de 25 mg de Estrógeno conjugado cada 4-6 horas. (Nunca pasar de esa dosis por el potencial efecto procoagulante y trombogénico). En estas pacientes pautaremos ineludiblemente los antieméticos porque es muy probable que tengan náuseas y/o vómitos. Una vez que se ha controlado el sangrado, podemos pasar de nuevo al tratamiento oral.
- Si, a pesar del tratamiento IV, no conseguimos controlar adecuadamente el sangrado, deberemos asociar, pasadas 24 horas, 200 mcg de progesterona al día.
- Como último recurso podemos realizar un legrado aspirativo, pero existe riesgo de producir un Síndrome de Asherman por adherencias en la cavidad endometrial... Así que sólo recurriremos al legrado si hemos agotado el resto de opciones o en pacientes hemodinámicamente inestables.



- Taponamiento uterino: el taponamiento uterino mediante balón, (también puede hacerse con sonda de Foley), se utiliza junto con la administración de los fármacos anteriormente descritos. También se puede utilizar después de un legrado, (o antes del mismo para cohibir la hemorragia hasta llegar a quirófano). El taponamiento uterino también puede hacerse con una tira de gasa. Este procedimiento suele ser más sencillo en pacientes que han dado a luz, por lo que puede ser impracticable en adolescentes.

BIBLIOGRAFÍA

- Fernández Parra J, Álvarez López C, Martínez Morales S. Actualización del sangrado menstrual abundante. Prog Obstet Ginecol. 2020;6
- De Silva NK, Geffner ME, DeVore Berlan E, Blake D. Sangrado uterino anormal en adolescentes: evaluación y abordaje diagnóstico [Internet]. En: UpToDate, Post TW, editor. A hoy; 2024 [actualizado el 8 de octubre de 2024; citado el 23 de noviembre de 2024].
- De Silva NK, Middeldman AB, Geffner ME, Blake D. Sangrado uterino anormal en adolescentes: manejo [Internet]. En: UpToDate, Post TW, editor. A hoy; 2024 [actualizado el 9 de noviembre de 2022; citado el 23 de noviembre de 2024]. Disponible en: [URL de acceso].
- Azcurra H, Barbieri RL, Chakrabarti A. Manejo de un episodio de sangrado uterino agudo [Internet]. En: UpToDate, Post TW, editor. A hoy; 2024 [actualizado el 20 de septiembre de 2024; citado el 23 de noviembre de 2024].

