

# Eficacia del masaje del tejido conectivo de Dicke en la menometrorragia por hemorragia uterina disfuncional en adolescentes

*Cristina Torres Pascual*

Escola Universitària de la Salut i l'Esport. EUSES

Recibido: 22/9/2016

Aceptado: 20/10/2016

## RESUMEN

Objetivo: Determinar la eficacia del masaje de Dicke en la menometrorragia de la hemorragia uterina disfuncional en las adolescentes. Material y métodos. Estudio cuasi-experimental. N=12 adolescentes con hemorragia uterina disfuncional. Variables: duración y volumen de la menstruación. El tratamiento consistió en 12 sesiones de construcción de base de Dicke. Resultados: Mejora significativa ( $p < 0,008$ ) en el volumen de sangrado. Conclusión. Se debe continuar con estudios aleatorizados con un mejor diseño, una muestra mayor y nuevas evaluaciones a largo plazo.

**Palabras clave:** hemorragia uterina disfuncional, menometrorragia, adolescencia, masaje del tejido conectivo.

17

## Efficacy of Dicke's Connective Tissue Massage in Menometrorrhagia for Dysfunctional Uterine Bleeding in Adolescents

## ABSTRACT

Objective: To determine the efficacy of massage Dicke in menometrorrhagia of dysfunctional uterine bleeding in adolescents. Material and methods: Quasi-experimental study. N = 12 adolescents with dysfunctional uterine bleeding. Variables: Duration and volume of menstruation. The treatment consisted of 12 sessions Dicke base construction. Results: Significant improvement ( $p < 0.008$ ) in the volume of bleeding. Conclusion: It should continue randomized studies with a better design, a larger sample and new long-term assessments.

**Keywords:** dysfunctional uterine bleeding, menometrorrhagia, adolescence, connective tissue massage.

---

Correspondencia:

Dirección: Avda. Francesc Macià 65, 17190 Salt, Girona.  
Teléfono: 972405130 / 616648945  
e-mail: ctores@euses.cat

## INTRODUCCIÓN

La menstruación normal viene marcada por la duración, la frecuencia y el volumen del sangrado, en los que se debe cumplir los siguientes parámetros: ciclos de  $28 \pm 7$  días, sangrado de 2-7 días de duración y un volumen de 30 ml por ciclo o 3-6 apósitos saturados/día (1,2). Sin embargo, son múltiples las causas que podrán originar una hemorragia uterina disfuncional (HUD), que cursa con menometrorragia, sangrado  $>7$  días de duración con una pérdida de sangre  $>80$  ml (3) que precisa del uso de más de 6 apósitos diarios durante la menstruación. A esta clínica también se la denomina trastornos por exceso. En la niñez el 90% de las causas son de origen orgánico, en la juventud el 75% es funcional, en la mujer adulta el 75% son orgánicas, en la premenopausia el 75% son funcionales y en la postmenopausia o senectud el 100% son orgánicas (4). La HUD es uno de los problemas ginecológicos más comunes en la adolescencia junto al dolor menstrual, ya que suele darse hasta en el 80% de las pacientes después del primer año de la menarquia (5), en un 50% de las adolescentes manifiestan sangrados anormales hasta cuatro años después del primer sangrado e incluso en un 30-40% persiste hasta los siguientes 10 años (6). Las HUD más frecuentes en la adolescencia suelen afectar al 5-10% de las mujeres que consultan al ginecólogo. Estas hemorragias se definen como la presencia de sangrado menstrual excesivo y prolongado que se repite durante varios ciclos consecutivos (7,8).

Esta situación puede comportar situaciones críticas como descompensaciones hemodinámicas con impacto negativo sobre la salud general, en la calidad de vida y el bienestar (9). Estos cuadros, en ocasiones, son de tal magnitud que la adolescente puede incluso precisar ingreso hospitalario (10).

El sangrado menstrual o menstuo está formado principalmente por sangre arterial rica en prostaglandinas y fibrinolisina endometrial. En los sangrados abundantes se acompañará de coágulos por la incapacidad de la fibrinolisina endometrial a descomponerlos. Hay distintas causas que influirán en las características del flujo que varía según el espesor del endometrio, ingesta de fármacos o presencia de determinadas enfermedades (11). El color de la sangre también puede verse influenciado por drogas, fármacos o estrés, entre otros (12).

La HUD en la adolescencia deriva de una inmadurez del eje hipotálamo-hipófisis-ovárico, seguramente

por un déficit en los mecanismos de retroalimentación positiva, ya que no se observa el pico de hormona lúteo estimulante (LH) a pesar de existir una disminución de la sensibilidad del gonadostato al estradiol sérico. Esta situación provoca una falta de ovulación y un efecto estrogénico, sin oposición sobre el endometrio convirtiéndose en proliferativo, llegando en ocasiones a desarrollar una hiperplasia endometrial. Al no completarse el proceso de ovulación, los folículos sufren atresia, lo que desencadena fluctuaciones en los niveles estrógeno interrumpiéndose la proliferación endometrial y dando lugar a hemorragias. En estos ciclos anovulatorios se aumenta la hormona folículo estimulante (FSH) que conlleva una elevación del estradiol, que por retroalimentación negativa disminuye los niveles de FSH, por lo cual descienden los niveles de estradiol y aparece el sangrado por degeneración hormonal. En estas pacientes los niveles de FSH son superiores que la LH desencadenando un patrón hormonal anovulatorio, así en algunas adolescentes la secreción exagerada de FSH en respuesta a unos niveles endógenos normales de hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) provoca una maduración folicular asincrónica, cursando con HUD (13).

El tratamiento que se aplica en estos casos va dirigido al control de la hemorragia, compensar el estado hemodinámico, prevenir las recurrencias y corregir los desórdenes derivados de esta situación (6). El tratamiento farmacológico suele basarse en la administración de anticonceptivos orales combinados, progestágenos, ácido tranexámico, análogos de la GnRH, danazol y liberador de levonorgestrel intrauterina sistema (14) e incluso en algunos casos severos debe realizarse histerectomía (15).

El manejo precoz de estas pacientes, desde distintas vertientes sanitarias, es imprescindible para dar una mejor respuesta a la patología y evitar la aparición de complicaciones futuras (16). Pero, si bien hay una extensa literatura en el manejo de la patología desde la vertiente médica, no es así desde una faceta más manual y natural, como la fisioterapia. Tan solo se han encontrado referencias, no farmacológicas, al uso del yoga para el control de la hemorragia (17). Sin embargo, si hay algunas disfunciones menstruales, como la dismenorrea, que pueden referir mejora con técnicas de fisioterapia, como con la manipulación del tejido conectivo de Dicke (18) por incidir en la normalización del proceso menstrual. Esta técnica, al tratarse de una técnica neural refleja cuyo objetivo es actuar sobre las vísceras y regular el eje hipotalámico-hipofisario-ová-

rico, puede ser una opción para el tratamiento de las HUD en las adolescentes. La técnica se aplica sobre el dermatoma correspondiente a la viscera alterada con las maniobras denominadas "trazos". Cada trazo realiza un estiramiento del tejido celular subcutáneo sobre la fascia muscular, generando el estímulo concreto y preciso para conseguir una respuesta vegetativa y regulación de la disfunción visceral (18).

## OBJETIVO

Evaluar la eficacia de la manipulación del tejido de Dicke en la normalización de la duración y volumen de sangrado menstrual en la menometrorragia por HUD.

## METODOLOGÍA

El trabajo que se presenta es un estudio cuasi-experimental. La muestra está formada por 12 mujeres entre 13 y 21 años con trastornos menstruales de exceso. Criterios de inclusión: mujeres caucásicas, sanas, índice de masa corporal de 18,5-24,99, nuliparidad, hemorragia uterina disfuncional leve (no precisa de tratamiento farmacológico) en tres ciclos menstruales consecutivos precisando un uso de más de seis apósitos saturados/día. Criterios de exclusión: descompensación hemodinámica, antecedentes de cáncer, causas orgánicas, patología hemática, anemia hemoglobina <9 g/dL, trastornos alimentarios, toma de

anticonceptivos y hábitos tóxicos. Las variables analizadas han sido: volumen del sangrado menstrual, contabilizado por el número de apósitos utilizados en el segundo día de la menstruación, y días de sangrado, recogidos en el menograma de Kaltenbach. La intervención terapéutica ha consistido en la aplicación de la construcción de base del masaje del tejido conectivo de Dicke (figura 1), para incidir en los dermatomas D10-L2. El tratamiento se ha realizado en el transcurso de un total de 12 sesiones, a razón de una sesión a la semana, excepto los días en que las jóvenes presentaban la menstruación.

El análisis de los resultados se ha basado en la comparación de las variables en pretest y posttest, utilizando la T-Student con un nivel de significación de  $p < 0,05$ .

## RESULTADOS

La muestra está formada por 12 adolescentes con una media de edad de  $20,25 \pm 2,35$  años. El 66,6% de las adolescentes disminuye el volumen de sangrado a los tres meses de tratamiento (figura 2). La media

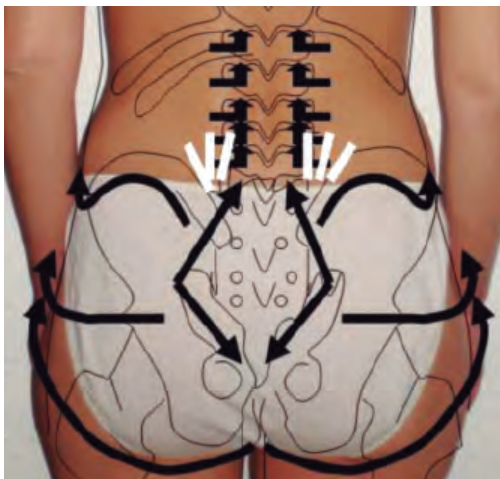


Figura 1. Construcción de base

### Cambios en la hemorragia

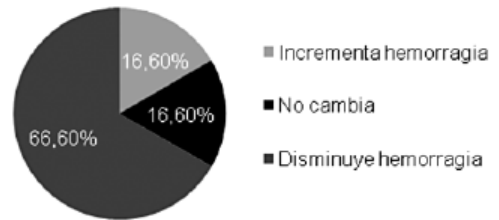


Figura 2. Cambios en la hemorragia

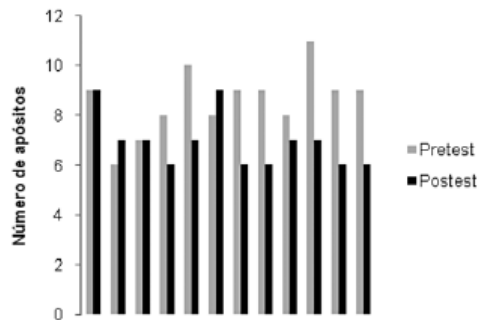


Figura 3. Número de apósitos

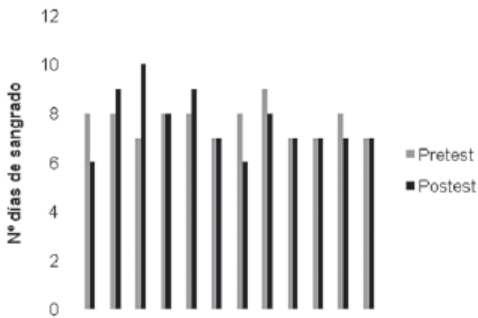


Figura 4. Número de días de sangrado

de apósito/día pasó de  $8,58 \pm 1,31$  en el pretest a  $6,91 \pm 1,08$  en el posttest con una  $p < 0,007$  (figura 3). Si bien se observa una mejora significativa en el volumen del sangrado, no sucede lo mismo en el número de días de duración del sangrado, ya que en el pretest fue de  $7,66 \pm 0,65$  y en el posttest de  $7,58 \pm 1,24$  con una  $p = 0,08$  (figura 4), observando que el 25% de las adolescentes presentó un aumento en el número de días de sangrado.

## DISCUSIÓN

La hemorragia uterina disfuncional en la adolescencia es una entidad frecuente sobre todo en los primeros años de vida ginecológica, que cursa con trastornos de exceso generados por una falta de maduración del eje hipotalámico-hipofisario-ovárico. Este estado llega a repercutir negativamente en el desarrollo físico, intelectual e interfiere en la calidad de vida siendo preciso un diagnóstico precoz, así como el tratamiento idóneo para cada paciente, por lo que es necesario el enfoque multidisciplinar (5). Aunque el tratamiento farmacológico puede ser preciso para la regulación de la hemorragia, no deben olvidarse los efectos secundarios a corto o largo plazo que pueden derivarse de la ingesta de estos, de modo que deben buscarse alternativas al tratamiento.

Ya que la función hormonal afecta al sangrado menstrual de cada ciclo, este es de relevante importancia para identificar los patrones de sangrado (19) por lo que los cambios evaluados en la HUD se han basado en las variaciones de ellos.

El tratamiento de Dicke ha incidido sobre el desarrollo del ciclo menstrual de las adolescentes acercando el patrón menstrual inicial a un patrón normal (20), tal como sucede con otras disfunciones mens-

trales (18) como el dolor menstrual, la técnica parece tener un impacto positivo sobre estas pacientes al normalizar el eje hipotalámico-hipofisario-ovárico. Los estímulos aplicados actúan equilibrando los niveles de estrógenos y progesterona favoreciendo la ovulación y un ciclo de sangrado apropiado. Sin embargo, la poca muestra analizada, el corto periodo de tiempo utilizado, así como la falta de variables más exhaustivas como analíticas, calidad de vida o actividad física, entre otras, hace necesario proseguir con ensayos clínicos controlados aleatorios más precisos para poder extraer una respuesta concluyente.

## CONCLUSIONES

La manipulación del tejido conectivo de Dicke ha regularizado los trastornos de exceso en la HUD de las adolescentes. Ante estos resultados, es necesario proseguir con estudios controlados aleatorios con un mejor diseño, una mayor muestra, y nuevas valoraciones a medio y largo plazo.

## DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores no tienen conflictos de interés.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Guía Atención Ginecológica en la Infancia y Adolescencia. Madrid. S.E.G.O; 2013.
2. Modroño Blanco A, Ruiz Nepote S, Pérez Dettona J, Ezcurdia Gurpegui M. Alteraciones del ciclo menstrual. *Medicine* 2002; 8: 4340-08.
3. Fulghesu AM, Magnini R, Piccaluga MP, Porru C. Ovulation induction in young girls with menometrorrhagia: a safe and effective treatment. *Gynecol Endocrinol* 2014; 30 (2): 117-20.
4. Dueñas Díez JL, López Arregui E, González Navarro JV, Ordás Santo Tomás J, Sánchez Borrego R. Manual de Salud Reproductiva en la adolescencia: aspectos básicos y clínicos. 2001 Sociedad Española de Contracepción. Madrid. 2001.
5. León Pino JC, García Mazorra M, Sáez Cantero VC, Rodríguez JM. Hemorragia uterina disfuncional en la adolescencia. *Medisur* 2011; 9 (5): 42-5.

6. Berenson A. Dysfunctional uterine bleeding in adolescence. *Postgr Obstet Gynecol* 2001; 21: 1-4.
7. Rehana Khan, Rana K Sherwani, Safia Rana, Seema Hakim, Zeeba S Jairajpuri. *Clinco-Pathological Patterns in Women with Dysfunctional Uterine Bleeding*. *Iran J Pathol* 2016; 11 (1): 20-6.
8. Noriega Rangel J, Clemente Mendoza Rojas V. Enfoque de la hemorragia uterina anormal en adolescentes. *Med UNAB* 2005; 8 (2).
9. Khrouf M, Terras K. Diagnosis and Management of Formerly Called "Dysfunctional Uterine Bleeding" According to PALM-COEIN FIGO Classification and the New Guidelines. *J Obstet Gynaecol India* 2014; 64 (6): 388-93.
10. Başaran HO, Akgül S, Kanbur NO, Gümrük F, Cetin M, Derman O. Dysfunctional uterine bleeding in adolescent girls and evaluation of their response to treatment. *Turk J Pediatr* 2013; 55 (2): 186-9.
11. DeCherney AH. *Diagnóstico y tratamiento ginecobstétricos* (11a. ed.). México. Mc Graw Hill. 2004.
12. Res M, Hope S, Ravnika V. *The Abnormal Menstrual Cycle*. London. Taylo & Francis. 2005.
13. Cortiñas S, Centeno M, Santimone B. *Sangrado uterino disfuncional: revisión bibliográfica*. *Toko-Ginecología Práctica* 1999; 58 (634).
14. Deligeoroglou E, Karountzos V, Creatsas G. Abnormal uterine bleeding and dysfunctional uterine bleeding in pediatric and adolescent gynecology. *Gynecol Endocrinol* 2013; 29 (1): 74-8.
15. Tsai MC, Goldstein SR. Office diagnosis and management of abnormal uterine bleeding. *Clin Obstet Gynecol* 2012; 55 (3): 635-50.
16. Deligeoroglou E, Creatsas G. Menstrual disorders. *Endocr Dev* 2012; 22: 160-70.
17. Rani M, Singh U, Agrawal GG, Natu SM, Kala S, Ghildiyal A, et al. Impact of Yoga Nidra on menstrual abnormalities in females of reproductive age. *J Altern Complement Med* 2013; 19 (12): 925-29.
18. Torres C, Vallespín S. Eficacia del masaje del tejido conjuntivo de Dicke en el tratamiento del dolor y severidad de la dismenorrea primaria espasmódica en jóvenes adultas. *Medicina Naturista* 2016; 10 (2): 3-9.
19. Dasharathy SS, Mumford SL, Pollack AZ, Perkins NJ, Wactawski-Wende M, Schisterman EF. Menstrual Bleeding Patterns Among Regularly Menstruating Women. *Am J Epidemiol* 2012; 175 (6): 536-45.
20. Matytsina LA, Zoloto EV, Sinenko LV, Greydanus DE. Dysfunctional uterine bleeding in adolescents: concepts of pathophysiology and management. *Prim Care* 2006; 33 (2): 503-15.