



Sangrado uterino anormal: abordaje y manejo

Abnormal uterine bleeding: approach and management

¹**Dra. Valeria Salazar Vargas**

Investigadora independiente, Heredia, Costa Rica

 <https://orcid.org/0000-0001-5797-7507>

Recibido
29/04/2022

Corregido
03/05/2022

Aceptado
30/05/2022

RESUMEN

El sangrado uterino es una patología que se define como cualquier anomalía ya sea en duración, volumen, frecuencia y/o regularidad en el sangrado menstrual. Es una entidad muy prevalente en adolescentes, mujeres edad fértil, así como pre y postmenopáusicas; diferenciándose causas estructurales como no estructurales; cada grupo etario posee sus particularidades en cuanto a etiologías; por lo que el abordaje debe ser siempre personalizado y con un enfoque escalonado. El tratamiento se categoriza en hormonal y no hormonal, tanto para el manejo agudo como el crónico; y cada uno de ellos debe apearse a las necesidades de cada paciente en cuanto a comorbilidades, deseo de fertilidad y preferencias personales.

PALABRAS CLAVE: trastornos de la menstruación, hemorragia uterina, menorragia, anemia, progestinas, anticonceptivos hormonales orales.

ABSTRACT

Abnormal uterine bleeding is a pathology that is defined as any abnormality in duration, volume, frequency and/or regularity in menstrual bleeding. It is a very prevalent entity in adolescents, women of childbearing age, as well as pre and postmenopausal women; differentiating structural and non-structural causes; each age group has its particularities in terms of etiologies; therefore, the approach must always be personalized and with a staggered approach. Treatment is categorized into hormonal and non-hormonal, both for acute and chronic management; and each of them must adhere to the needs of each patient in terms of comorbidities, desire for fertility and personal preferences.

KEY WORDS: menstruation disturbances, uterine hemorrhage, menorragia, anemia, progestins, oral hormonal contraceptives.

¹Médica general, graduada de la Universidad de Iberoamérica de Costa Rica (UNIBE). Cod. [MED.16752](#) Correo: valeria17salazar@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

El sangrado uterino anormal (SUA) se describe como la anomalía ya sea en duración, cantidad, frecuencia y/o regularidad en el sangrado del cuerpo uterino; el mismo puede llegar a afectar de tal manera que puede disminuir la calidad de vida, interferir emocional, física y socialmente; perjudicar la asistencia a la escuela, trabajo; e incluso limitar la participación en los deportes y la vida social (1-3).

Para poder identificar anomalía en el mismo; se debe conocer el ciclo menstrual considerado como normal; se ha descrito que posee una duración entre 21 y 34 días; dentro de los cuales, siete días o menos se da el sangrado uterino, con una pérdida de sangre promedio de 30-40 ml; que se podría cuantificar de 3-6 toallas sanitarias o tampones por día (1-3).

El SUA es una entidad de consulta muy frecuente tanto en mujeres adolescentes desde la menarquía, hasta en mujeres postmenopáusicas; con un rango inmenso de posibles patologías que varían según grupo etario; las cuales se han clasificado por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) con la conocida mnemotécnica PALM-COEIN (3). El objetivo de esta revisión bibliográfica es conocer las etiologías del SUA, su adecuado diagnóstico; y poder describir las terapias que mejor se apeguen a las necesidades y preferencias de cada paciente.

MÉTODO

En esta revisión bibliográfica; se incluyeron publicaciones de la biblioteca digital PubMed, con las palabras “sangrado uterino anormal, menorragia, sangrado menstrual abundante”, con un reporte de 398 artículos en total en ambas bases de datos.

Como criterios de inclusión se tomaron textos que comprenden los años del 2017 al 2022, se buscó en artículos de revisión sistemática y meta-análisis de preferencia idioma en inglés; como criterios de exclusión: reporte de casos clínicos, ensayos clínicos aleatorizados; de los cuales se tomaron 15 diferentes fuentes bibliográficas. Dentro de los artículos utilizados, uno está escrito en español y 14 en inglés, se incluyen países como Estados Unidos, España, Canadá, Inglaterra, Brasil, Grecia y Turquía. Fueron seleccionados los textos de mayor importancia en relación con el tema en estudio, en cuanto a definición de causas, diagnósticos y terapias disponibles, para poder plantear los diferentes aspectos de cada uno de ellos de una forma adecuada y actualizada.

ETIOLOGÍA Y EPIDEMIOLOGÍA

El sangrado uterino anormal puede ser clasificado de acuerdo con el Sistema PALM (para causas estructurales) (1-3):

- Pólipos
- Adenomiosis
- Leiomiomas
- Neoplasia maligna e hiperplasia

COEIN (no estructurales):

- Coagulopatía
- Ovulatoria
- Disfunción endometrial
- Iatrogénica
- No clasificado

El SUA puede ser clasificado también como agudo o crónico. Refiriéndose a agudo, a un episodio de sangrado muy abundante que suele requerir algún tipo de intervención inmediata; ya que la pérdida de sangre es tal

que se debe actuar para evitar hipovolemia. Por otro lado, el SUA crónico se puede definir como la anormalidad en cantidad, regularidad y/o tiempo en los últimos seis meses (1,3).

Además, el término de sangrado menstrual abundante (SMA) es un síntoma de SUA (aunque éste sea regular); el cual se ha definido como una cuantificación o estimación de pérdida de sangre menstrual por volumen mayor a 80ml; habitualmente, esta cantidad de sangrado de forma crónica resultará en anemia (3,4).

El sangrado uterino anormal suele ser común entre adolescentes; generalmente debido a la inmadurez del eje hipotálamo-pituitario ovárico. Aunque la edad de presentación de la pubertad ha tendido a ser cada vez menor en los últimos años, la edad de la menarquia ha permanecido entre los 12-13 años. En mujeres adolescentes, las causas estructurales del SUA son poco habituales; más bien, como principal etiología se describe la anovulación, seguida por un trastorno hemorrágico subyacente (1,2).

Los primeros sangrados menstruales generalmente se consideran como anovulatorios; Se dice que el tiempo requerido para llegar a un eje hipotalámico-hipófisis-ovárico maduro, que se piensa debe llegar a producir ciclos ovulatorios y sangrado regular consiguiente, puede variar entre seis meses y tres años desde la menarquia. Por dicha disfunción ovulatoria, es esperable que durante los primeros ciclos menstruales se presenten sangrados irregulares e impredecibles, abundantes, prolongados y, en raras ocasiones puede ocurrir que se omitan durante menos de 3 meses (1).

Además, trastornos hemorrágicos hereditarios o adquiridos pueden empeorar aún más el desequilibrio hormonal que ya

existe e incrementar la morbilidad. En adición a estos problemas, la hiperprolactinemia, enfermedades de la tiroides y el síndrome de ovario poliquístico (SOP) son los trastornos endocrinos más comúnmente relacionados (1).

Cabe destacar, que la prevalencia de los trastornos hemorrágicos en la población general se aproxima al 1-2%; sin embargo, dichas condiciones se encuentran en aproximadamente el 20% de las adolescentes que presentan sangrado uterino abundante y solicitan valoración médica; e incluso, en 33% de las adolescentes que llegan a ser hospitalizadas por hemorragias uterinas. Por lo que ante un cuadro de sangrado menstrual abundante en la menarquia y en la adolescencia se debe considerar como un importante indicativo para pensar en una diátesis hemorrágica hereditaria o adquirida. Si bien, estos trastornos no son los más frecuentes en mujeres adolescentes con SUA, se debe considerar siempre las enfermedades hemorrágicas más importantes como lo son la enfermedad de Von Willebrand, defectos en la función plaquetaria, trombocitopenia y deficiencias de factores de coagulación (2,5).

El SUA también es particularmente prevalente en mujeres en edad reproductiva, afecta un 14-25% de ellas, e incluso, continúa siendo una queja común hasta en mujeres menopáusicas. Así, el espectro tanto clínico como patológico de enfermedades uterinas que pueden estar involucradas en este rango amplio de edades; obliga a manejar una estrategia de abordaje que va a depender mucho del perfil de riesgo de cada paciente en el momento de la presentación. Dicho abordaje en mujeres en edad reproductiva a menudo representará un desafío; ya que suelen desear conservar su fertilidad; y la mayoría

de los tratamientos efectivos actuales para SUA suelen ser anticonceptivos y/o infértiles. Por lo tanto, en este grupo específico de pacientes deben hacerse consideraciones puntuales para equilibrar el deseo de fertilidad vs el tratamiento sintomático del sangrado uterino anormal (6).

Además, una tercera parte de las visitas al especialista en ginecología son debido a sangrados uterinos anormales; y de éstas el 70% representan pacientes peri y postmenopáusicas. Durante el periodo premenopáusicas, los ciclos menstruales se acortan; habitualmente suelen ser anovulatorios o irregulares; y con ello, la consiguiente exposición del endometrio a los estrógenos sin oposición va a aumentar el riesgo de hiperplasia y cáncer endometrial en este grupo de pacientes.

Por lo que una evaluación minuciosa en pacientes de este rango de edad es importante para dos principales razones: la primera para excluir una patología grave como carcinoma o hiperplasia atípica compleja, y la segunda para identificar la causa del sangrado para que se pueda instaurar la terapia adecuada (que, en algunos casos, puede ser manejo expectante) (6,7).

EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO

Para poder determinar si el sangrado de una paciente es anormal o excesivo, primeramente debe excluirse el embarazo; posterior a ello, la evaluación inicial debe incluir una historia clínica detallada sobre la menstruación de la paciente, incluso, tomando en cuenta las menstruaciones desde la menarquia; además, tomar en cuenta el historial médico dirigido tanto en factores de riesgo de diátesis hemorrágicas, cáncer endometrial, medicamentos que se estén utilizando en la actualidad,

comorbilidades y antecedentes familiares (4,8).

Por supuesto dentro de la evaluación inicial se debe realizar un examen físico centrado tanto en signos del síndrome de ovario poliquístico, datos de resistencia a la insulina o trastornos tiroideos; señales de coagulopatías o enfermedades hemorrágicas como petequias, hematomas; así como, inspeccionar por lesiones en la vagina o el cuello uterino y determinar el tamaño uterino (8).

Para poder evaluar la cantidad o volumen de pérdida de sangrado durante la menstruación; y el impacto que éste conlleva en la paciente, se han confeccionado varios gráficos, cuestionarios y resultados de mediciones reportados por parte de cada paciente, los cuales se encuentran disponibles actualmente; sin embargo, no suelen ser de uso frecuente en la clínica; ya que la evidencia no respalda la mejoría en el pronóstico de las pacientes al utilizarlos. Aún se mantienen investigaciones para desarrollar algún instrumento de medición objetivo y práctico; mientras tanto, el médico debe confiar en la valoración individual para investigar SUA en cada paciente (6). Las pacientes con sangrado uterino anormal, ya sea que lo presenten de forma aguda o crónica deben ser evaluadas por deficiencia de hierro, con ferritina sérica, y por anemia secundaria midiendo la hemoglobina y/o el hematocrito (preferiblemente un hemograma completo, que incluya el conteo plaquetario). Posteriormente, el médico debe valorar de forma sistemática a la paciente para cada uno de los componentes de la clasificación FIGO PALM-COEIN (9).

Evaluación PALM

En el abordaje inicial, primeramente, se debe descartar lesiones estructurales tanto

vaginales, como cervicales y uterinas. Las dos primeras pueden confirmarse con una especuloscopia; sin embargo, el estudio de gabinete que mejor aporta datos para los casos con SUA es la ecografía pélvica. Ya que posee una muy buena sensibilidad; sin embargo, una especificidad baja (13,8%) para lesiones endometriales principalmente (8).

Por esta razón, para lograr un diagnóstico certero de causas estructurales dentro de la cavidad uterina está indicada realizar la histerosonografía o la histeroscopia, ambas poseen una sensibilidad comparable; pero la histeroscopia tiene la ventaja sobre la histerosonografía que permite tomar biopsias guiadas de las lesiones, lo que conlleva a un diagnóstico definitivo en lesiones endometriales, de hecho posee mayor sensibilidad (94.4%) y especificidad (99.6%) para determinar si dichas lesiones son benignas o malignas (8).

Estos estudios suelen ser suficientes para llegar al diagnóstico de pólipos, leiomiomas y lesiones malignas o premalignas. Sin embargo, el diagnóstico de la adenomiosis es más impreciso, ya que su confirmación generalmente se realiza por un estudio anatomopatológico posterior a la histerectomía.

No obstante, el hecho de que los criterios para el diagnóstico de lesiones estructurales se han estandarizado; tanto por el uso de la ultrasonografía convencional como tridimensional, e incluso, el uso de la resonancia magnética nuclear (RMN) han traído un gran avance para el diagnóstico de adenomiosis (8,9).

Evaluación COEIN

Una herramienta de detección útil y eficaz para valorar coagulopatías es una historia bien estructurada. La FIGO recomienda el

uso de una tabla de preguntas para las pacientes que ha demostrado tener una sensibilidad de hasta el 90% para la detección de estos trastornos. Esta tabla incluye historia sobre sangrados frecuentes, ya sea en encías, epistaxis, equimosis; o historia heredo-familiar de coagulopatías; además sobre antecedente de sangrados postquirúrgicos y menstruaciones abundantes desde la menarca. Para aquellas pacientes con un resultado de detección positivo, será necesario realizar más pruebas, e incluso consultar con un hematólogo. De ser alguno de ellos positivo; la mujer con SUA se clasificaría como SUA-C (coagulopatías) (9,10).

Por otra parte, menstruaciones predecibles que son cíclicas cada 24 a 38 días comúnmente se consideran asociadas con la ovulación (pero no siempre); mientras que el sangrado que se asocia a trastornos de la ovulación suele ser irregular tanto en tiempo como en flujo; y a menudo se intercalan con periodos de amenorrea. Si ya se descartó alguna patología estructural; y se descubre que una paciente tiene SUA relacionado con ciclos anovulatorios, debe clasificarse como SUA-O (ovulatorio); sin embargo, si aún no hay certeza con respecto al estado ovulatorio de la mujer, puede ser de gran utilidad medir la progesterona sérica para la mejor estimación de la mitad de la fase lútea y con ello, confirmar si existe ovulación en el ciclo actual (9).

En el SUA-I (iatrogénico) se incluyen el uso de fármacos sistémicos o dispositivos intrauterinos. En este apartado se toman en cuenta el uso de los esteroides gonadales; así como agentes que afectan directamente a su producción o función, con la consiguiente contribución a los trastornos ovulatorios; y también medicamentos que puedan afectar el metabolismo de la

dopamina, incluidas las fenotiazinas y los antidepresivos tricíclicos.

En la categorización original, las pacientes que presentaban SUA por el uso de los anticoagulantes se clasificaron como coagulopatías; sin embargo, actualmente se clasifican como iatrogénicas. Entre ellos, los antagonistas modernos que no son relacionados con la vitamina K, como el rivaroxabán, que pareciera tener un mayor impacto en la cantidad del sangrado menstrual, en comparación con los tradicionales antagonistas de la vitamina K (Warfarina).

En el SUA-E (endometrial), luego de descartar causas estructurales dentro de la cavidad uterina como hiperplasias o neoplasias; ya discutido previamente en el presente artículo; es posible considerar dentro de esta categoría sangrados relacionados con endometritis crónica, por ejemplo; es evidente que existe una relación entre la infección por clamidia en el endometrio y el SUA (9).

La categoría SUA-N (no clasificada) fue creada para incluir trastornos mal definidos, o que rara vez se encuentran. Se podrían incluir, pero no limitarse a, entidades como malformaciones arteriovenosas; istmocele, entre otras patologías (9).

TRATAMIENTO

Las metas del tratamiento en mujeres con SUA son reducir la mortalidad; restaurar y mantener la volemia normal; prevenir hemorragias potencialmente mortales y mejorar la percepción de calidad de vida de las pacientes que lo padecen. En la actualidad hay muchas opciones efectivas para el SUA agudo; posteriormente se realizará un traslape con una terapia de mantenimiento (11).

Evento agudo

En pacientes con SUA que demuestran inestabilidad hemodinámica y/o anemia severa; se puede beneficiar del aporte de cristaloides intravenosos y/o hemoderivados. La necesidad de reponer plaquetas es rara; sin embargo, en casos de trombocitopenia severa (<50 000) puede ser necesario la transfusión de las mismas, o bien, en pacientes con trastornos de la coagulación, que pueden llegar a requerir reemplazo con derivado de plasma concentrado o agentes recombinantes (8,11).

- Hormonal

Ante el cuadro de sangrado uterino anormal agudo debe considerarse el uso de estrógenos equinos conjugados (EEC) de forma intravenosa. Se puede administrar a una dosis de 25mg cada 4-6 horas en pacientes hemodinámicamente inestables o que no puedan tolerar por alguna razón la vía oral.; y se puede continuar durante al menos 24h o hasta que la hemorragia cese; posteriormente se realiza el traslape a la terapia de mantenimiento. Además, se pueden utilizar regímenes de estrógenos vía oral; por ejemplo: 50 mg de etinilestradiol en píldora combinada vía oral cada 6– 8 h o etinilestradiol combinado monofásico a 30–35 mg cada 6-8h durante 1 semana y luego disminuir cada semana hasta llegar a una dosificación diaria (8,11).

Pacientes que tienen contraindicación para la administración de estrógenos (pacientes con antecedente o actual cáncer de mama, hepatopatías, antecedente de enfermedad cardíaca

isquémica, migraña con aura, fumadoras, hipertensión no controlada, antecedentes de trombosis, uso de algunos anticonvulsivantes, etc) se les debe ofrecer terapias con progesterona sola.

De los regímenes con progesterona oral, los más comúnmente utilizados son la medroxiprogesterona acetato (MPA) y acetato de noretindrona. En el cuadro agudo se pueden prescribir MPA a una dosis de 10–20 mg cada 6-8 h vía oral o acetato de noretindrona a una dosis de 5–10 mg cada 6–8 h vía oral durante 1 semana; para luego disminuir hasta la dosificación diaria para mantenimiento; y el cumplimiento diario debe ser estricto para prevenir el sangrado intermenstrual (11-12).

- No hormonal

Una opción no hormonal para el manejo agudo son los fármacos antiinflamatorios no esteroideos (AINE's), por ejemplo, naproxeno 500-1000 mg al inicio del flujo y diariamente durante 5 días (dicho uso está fuera de etiqueta) y ácido tranexámico (dos tabletas de 650 mg 3 veces al día durante un máximo de 5 días durante el flujo abundante) puede reducir el sangrado menstrual intenso y son útiles para pacientes que prefieren evitar o tienen contraindicaciones a los tratamientos hormonales (13).

Otra de las opciones es el taponamiento uterino con globo, si bien, los estudios disponibles sobre el uso de los balones intrauterinos en su mayoría se describían en mujeres con hemorragia postparto; han demostrado la reducción efectiva del sangrado cuando se utiliza en casos urgentes (8,11).

Manejo crónico

Aunque el SUA habitualmente se maneja médicamente de forma ambulatoria, las necesidades con respecto a la anticoncepción, el deseo de embarazos futuros, las comorbilidades médicas y las preferencias personales son las que terminan guiando las opciones terapéuticas. Además, cuando sea factible, se debe tratar la causa específica de SUA (p. ej., el tratamiento médico hormonal es apropiado para la mayoría de las mujeres con síndrome de ovario poliquístico; o la terapia con antibióticos trata la endometritis crónica).

En las patologías estructurales intracavitarias, incluidas los pólipos endometriales o fibromas submucosos, pueden ser resueltos con histeroscopia ambulatoria. Las mujeres con sangrado uterino anormal, prefieren en su gran mayoría, el manejo médico, siendo ésta la mejor terapia inicial porque muchas pacientes prefieren evitar la cirugía (13).

- Hormonal

Aunque la progesterona sola oral es la primera línea terapéutica de mantenimiento; el tratamiento seleccionado más comúnmente sigue siendo la píldora anticonceptiva oral combinada (ACO's).

Los ACO's pueden llegar a reducir la pérdida de sangre hasta en un 50%. Sin embargo, son menos eficaces que las progesteronas en dosis más altas para reducir el sangrado; no obstante, la terapia con progestágenos orales en dosis altas puede estar asociada con labilidad emocional, aumento de peso y distensión abdominal (12-13). Los métodos que utilizan la combinación de

estrógenos con progesterona incluyen anticonceptivos orales combinados, el parche transdérmico y el anillo vaginal. El único tratamiento aprobado por la FDA (Food and Drug Administration) para el manejo del SUA es el anticonceptivo oral combinado de dienogest/valerato de estradiol; ya que reduce el sangrado menstrual de forma efectiva al compararse con placebo en estudios controlados aleatorizados. En la actualidad; no hay evidencia suficiente que recomiende un tipo de ACO sobre otro. Con el uso de ACO's puede regular los ciclos menstruales y reducir el sangrado menstrual excesivo, además, es útil en ciclos oligo/anovulatorios (11-12).

También se puede extender el periodo de sangrado menstrual a 12 semanas con el uso de ACO's; incluso, pueden tomarse continuamente de forma indefinida y así disminuir la cantidad de sangrado debido a que se darían menos ciclos menstruales; sin embargo, estos métodos de ciclos prolongados traen consigo un riesgo de hemorragias intermenstruales (11).

Las opciones hormonales de progesterona sola oral para tratamiento de mantenimiento en pacientes con contraindicación para estrógenos son: la noretisterona en los días 5 al 25 del ciclo; MPA para el día 16 al 21 del ciclo o progesterona micronizada 200 mg por vía oral una vez al día durante 12 días de cada mes. Dicho régimen tiene como objetivo reducir la pérdida de sangre, así como mejorar la calidad de vida de las mujeres (12).

Otro tipo de progestágeno que se puede utilizar es el acetato de medroxiprogesterona de depósito (DMPA), la cual se usa más

comúnmente como terapia de mantenimiento; ya que su administración es como inyección intramuscular o subcutánea; ambas similares tanto terapéuticamente como en efectos secundarios. De hecho, la vía subcutánea es preferible en pacientes con trastornos hemorrágicos para prevenir el hematoma luego de una inyección intramuscular. Se sabe que la DMPA puede provocar amenorrea hasta en el 50% de las mujeres y habitualmente se coloca cada 12 semanas. Sin embargo, este intervalo puede reducirse a cada 4, 8 o 10 semanas para prevenir o disminuir el sangrado intermenstrual excesivo; en cuanto el sangrado se ha resuelto puede extenderse a las 12 semanas como es común (11).

Otras opciones de mantenimiento crónico con progesterona sola son: el implante subdérmico de etonorgestrel y el dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel (DIU-LNG). El implante de etonorgestrel es una opción anticonceptiva muy eficaz que tiene una duración de hasta 3 años; en mujeres que usan este tipo de hormonas de progesterona sola a largo plazo, deben recibir asesoramiento sobre la probabilidad de sangrado intermenstrual en el primer año principalmente. Después de esto, la mayoría de los pacientes tendrán menstruaciones reducidas o ausentes hasta en el 24% de las mujeres; de hecho, el sangrado irregular suele ser la principal razón para la interrupción del mismo (11-13).

Por otra parte, el DIU-LNG es un dispositivo que se coloca dentro de la cavidad uterina y es 99% eficaz en la prevención de embarazos con una duración de 5 años; incluso, muchos

estudios han logrado demostrar la superioridad de este sobre el MPA oral, noretindrona acetato, DMPA y ACO's; ya que logra una mayor reducción de sangrados abundantes, aumenta la hemoglobina sérica y mejora la calidad de vida de las pacientes que lo utilizan. Sin embargo, en dichos estudios, la calidad de vida y la reducción de la pérdida de sangre menstrual no fue diferente significativamente del tratamiento quirúrgico (con ablación endometrial o histerectomía) en mujeres adultas. Si bien existen otros DIU-LNG con menor dosis, no han sido estudiados para el tratamiento SUA (11,12).

Los progestágenos, tanto orales como parenterales, varían en su capacidad para decidualizar el endometrio, y esto determina su éxito en la disminución o cese del sangrado endometrial. Como bien se sabe, un endometrio excesivamente proliferativo puede conllevar a una hiperplasia endometrial, la misma posee el potencial de progresión a un cáncer endometrial. La reversión de dicha hiperplasia al endometrio normal es la clave en el tratamiento conservador para prevenir el desarrollo de neoplasia (12).

Todas las opciones hormonales han demostrado que son eficaces para disminuir la cantidad de sangrado anormal y/o abundante, por consiguiente, resulta en menos días perdidos de la escuela o trabajo por esta causa; además, aumenta niveles de hemoglobina y hierro; y también mejora la calidad de vida (14).

- No hormonal

Los agonistas de la hormona liberadora de gonadotropina como el

depoleuprolide se puede llegar a utilizar en los casos más graves de SUA crónico, especialmente en casos de trastornos hematológicos u oncológicos; pero no es confiable para su uso en un cuadro de SUA agudo. Además, poseen efectos secundarios; luego de 3 a 4 semanas de la administración, dan como resultado amenorrea y atrofia endometrial, y luego de los 6 meses producen cambios en el estado de ánimo, 8 síntomas vasomotores, pérdida de densidad mineral ósea, entre otros. Para evitar dichos efectos se recomienda agregar terapia hormonal (8,11).

Dentro de los medicamentos no hormonales que se pueden utilizar en SUA, se ha demostrado que el uso de los antiinflamatorios no esteroideos puede reducir la cantidad de sangrado en mujeres premenopáusicas. Sin embargo, no llegan a ser tan eficaces como otras terapias médicas. Las mujeres con sospecha de trastornos hemorrágicos deben evitar utilizar AINE's; ya que, en estas pacientes, por el contrario, pueden exacerbar el sangrado; el ácido tranexámico es un agente antifibrinolítico; y se ha demostrado en múltiples estudios en mujeres adultas que disminuyen el sangrado en comparación con placebo; de hecho, el ácido tranexámico oral es igual de eficaz como los ACO's para este objetivo; incluso, para mejorar la calidad de vida de estas pacientes. Lo cual es una opción atractiva en pacientes con coagulopatías (8,11,15).

El ácido aminocaproico es otro agente antifibrinolítico que podría utilizarse en SUA, no obstante, se ha demostrado que es menos eficaz y tiene más efectos secundarios. Sin embargo, en pacientes con trastornos hemorrágicos

específicos, lo mejor es consultar con un especialista en hematología para la administración de otros medicamentos disponibles (11).

Otras opciones no farmacológicas incluyen la embolización de la arteria uterina o miomectomía, ablación endometrial e histerectomía. El manejo quirúrgico se llega a considerar cuando la terapia médica falla; o en casos emergentes que ponen en peligro la vida de la paciente. Siempre debe considerarse como prioridad la preservación de la fertilidad; especialmente en mujeres adolescentes o en edad reproductiva. (8,11,12, 15)

En mujeres en edad reproductiva la dilatación y curetaje no ha demostrado ser tan eficaz en el tratamiento de sangrados uterinos intensos; especialmente en adolescentes. Por otra parte, los estudios han demostrado que la ablación endometrial a través de varios métodos reduce con éxito el sangrado en mujeres postmenopáusicas; sin embargo, no se recomienda en el manejo en adolescentes y mujeres jóvenes por el efecto sobre la fertilidad y las altas tasas de fracaso terapéutico. Por el contrario, en mujeres con SUA que poseen paridad satisfecha, la ablación endometrial, ha demostrado índices de satisfacción a 1 año de aproximadamente el 88%; ya que es un método mínimamente invasivo para las pacientes con falla en la terapia médica o que prefieren no usar dicha terapia a largo plazo (8,11,13,15).

Por último, una histerectomía, como última instancia, sigue siendo un procedimiento quirúrgico mayor que consiste en extirpar el útero; por lo que resuelve de manera definitiva el sangrado; sin embargo, en mujeres

jóvenes y adolescentes se debe evitar a menos que el sangrado sea tal que amenace la vida de la paciente (8,11,14). El sangrado uterino anormal, más aún si éste es abundante, a menudo conduce a la depleción de hierro, lo que provoca deficiencia de hierro y anemia. Cuando se reconoce anemia por deficiencia de hierro; o se agotan las reservas del mismo, la suplementación con hierro está indicada. Para maximizar la absorción de hierro; así como para evitar los efectos adversos del hierro no absorbido, 60 mg de hierro elemental (325mg sulfato ferroso) se pueden prescribir en días alternos (13,14).

CONCLUSIÓN

El sangrado uterino anormal suele ser una queja común entre las mujeres, que afecta a todos los grupos de edad, e impacta sus vidas tanto en la parte médica como en su calidad de vida; por lo que es importante el adecuado abordaje siguiendo el sistema PALM-COEIN para un diagnóstico certero; utilizando el examen físico como base para el mismo, así como el uso del ultrasonido pélvico, que nos permite confirmar o descartar la mayoría de patologías estructurales; una vez descartadas las anteriores, se deben buscar signos de coagulopatías, endocrinopatías y medicamentos que podría provocar SUA; todo esto, basados siempre en el grupo etario que se está estudiando, ya que como se habló previamente hay etiologías que son más frecuentes en adolescentes (anovulación) que en mujeres premenopáusicas (hiperplasia endometrial, miomas), por dar un ejemplo.

El tratamiento se debe escoger de acuerdo a la causa; resolviendo de manera quirúrgica o médica las causas estructurales como las no estructurales; tomando en cuenta el

deseo de fertilidad, comorbilidades asociadas (coagulopatías, por ejemplo) y las preferencias propias de cada paciente; en especial, con el uso de métodos hormonales estrogénicos y no estrogénicos. Y por supuesto, dando prioridad y prontitud al manejo de los cuadros agudos de SUA que puedan llegar a comprometer la vida de las pacientes.

Los autores declaran no tener conflicto de interés.

REFERENCIAS

1. Yaşa C, Güngör Uğurlucan F. Approach to Abnormal Uterine Bleeding in Adolescents. *Jcrpe* [Internet]. 2020 Jan 1 [citado el 19 abril del 2022];12(1):1–6. Disponible en: http://cms.galenos.com.tr/Uploads/Article_35758/JCRPE-12-1-En.pdf
2. Adeyemi-Fowode O, Simms-Cendan J. Screening and Management of Bleeding Disorders in Adolescents With Heavy Menstrual Bleeding: ACOG COMMITTEE OPINION, Number 785. *Obstetrics & Gynecology* [Internet]. 2019 [citado el 19 de abril de 2022];134(3):e71–83. Disponible en: <https://journals.lww.com/10.1097/AOG.00000000000003411>
3. Perelló J, Rius Tarruella J, Calaf J. Sangrado menstrual abundante y su detección en la práctica clínica. *Med Clin (Barc)* [Internet]. 2021 Oct 8 [citado el 19 abril del 2022];157(7):332–8. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-sangrado-menstrual-abundante-su-deteccion-S0025775321001251>
4. Borzutzky C, Jaffray J. Diagnosis and Management of Heavy Menstrual Bleeding and Bleeding Disorders in Adolescents. *JAMA Pediatr* [Internet]. 2020 Feb 1 [citado el 27 de abril del 2022];174(2):186. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/fullarticle/2757556>
5. Djambas Khayat C, Gouider E, von Mackensen S, Abdul Kadir R. Heavy menstrual bleeding in women with inherited bleeding disorders. *Haemophilia* [Internet]. 2020 [citado el 27 abril del 2022];26(S3):16–9. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/hae.13888>
6. Cheong Y, Cameron IT, Critchley HOD. Abnormal uterine bleeding. *British Medical Bulletin* [Internet]. 2017 [citado el 27 de abril de 2022];123(1):103–14. Disponible en: <http://academic.oup.com/bmb/article/123/1/103/4096455/Abnormal-uterine-bleeding>
7. Goldstein SR, Lumsden MA. Abnormal uterine bleeding in perimenopause. *Climacteric* [Internet]. el 3 de septiembre de 2017 [citado el 27 de abril de 2022];20(5):414–20. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13697137.2017.1358921>
8. Benetti-Pinto C, Rosa-e-Silva A, Yela D, Soares Júnior J. Abnormal Uterine Bleeding. *Rev Bras Ginecol Obstet* [Internet]. 2017 [citado el 27 de abril de 2022];39(07):358–68. Disponible en: <http://www.thieme-connect.de/DOI/DOI?10.1055/s-0037-1603807>
9. Munro MG, Critchley HOD, Fraser IS, the FIGO Menstrual Disorders Committee. The two FIGO systems for normal and abnormal uterine bleeding symptoms and classification of causes of abnormal uterine bleeding in the reproductive years: 2018 revisions. *Int J Gynecol Obstet* [Internet]. 2018 [citado el 27 de abril de 2022];143(3):393–408. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ijgo.12666>
10. Deligeoroglou E, Karountzos V. Abnormal Uterine Bleeding including coagulopathies and other menstrual disorders. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology* [Internet]. 2018 [citado el 27 de abril de 2022];48:51–61. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1521693417301475>
11. Moon LM, Perez-Milicua G, Dietrich JE. Evaluation and management of heavy menstrual bleeding in adolescents. *Current Opinion in Obstetrics & Gynecology* [Internet]. 2017 [citado el 27 de abril de 2022];29(5):328–36. Disponible en: <https://journals.lww.com/00001703-201710000-00010>
12. Jewson M, Purohit P, Lumsden MA. Progesterone and abnormal uterine bleeding/menstrual disorders. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology* [Internet]. 2020 [citado el 28 de abril de 2022];69:62–73. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S152169342030081X>
13. Kaunitz AM. Abnormal Uterine Bleeding in Reproductive-Age Women. *JAMA* [Internet]. el 4 de junio de 2019 [citado el 28 de abril de 2022];321(21):2126. Disponible en:

<http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.2019.5248>

14. Haamid F, Sass AE, Dietrich JE. Heavy Menstrual Bleeding in Adolescents. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology* [Internet]. 2017 [citado el 28 de abril de 2022];30(3):335–40. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1083318816302534>
15. Wouk N, Helton M. Abnormal Uterine Bleeding in Premenopausal Women. *AFP* [Internet]. el 1 de abril de 2019 [citado el 28 de abril de 2022];99(7):435–43. Disponible en: <https://www.aafp.org/afp/2019/0401/p435.html>