

ARTICULO ORIGINAL

Hemorragia uterina disfuncional en la adolescencia

Uterine Dysfunctional Hemorrhage in Adolescents

Dra. Janny del Carmen León Pino⁽¹⁾, Dra. Milagros García Mazorra,⁽²⁾ Dra. Viviana de la Caridad Sáez Cantero,⁽³⁾ Dra. Marlén Rodríguez Jorge.⁽¹⁾

(1) Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. Profesor Asistente. (2) Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. Profesor Asistente. (3) Especialista de II Grado en Ginecología y Obstetricia. Profesor Auxiliar. Facultad de Ciencias Médicas "Enrique Cabrera". La Habana.

(1) Second Professional Degree in General Medicine. Terminal Professional Degree in Gynecology and Obstetrics. Associate Professor, (2) Second Professional Degree in Gynecology and Obstetrics. Assistant Professor. (3) Terminal Professional Degree in Gynecology and Obstetrics. Associate Professor. "Enrique Cabrera" Faculty of Medical Sciences. Havana.

RESUMEN

La hemorragia uterina disfuncional es uno de los problemas ginecológicos más comunes en la adolescencia, constituye el principal motivo de consulta en estas edades, tiene una alta incidencia y se puede presentar en el 80 % de las pacientes después del primer año de vida ginecológica, influyendo de forma negativa en el desarrollo físico e intelectual de estas niñas así como en la salud reproductiva futura de la adolescente, de ahí la importancia del diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y multidisciplinario.

Palabras clave: Hemorragia uterina; adolescente; incidencia; diagnóstico precoz; terapéutica

ABSTRACT

Uterine dysfunctional hemorrhage is one of the most common gynecological problems in adolescents. It constitutes the main consultation motive at these ages, presents a high incidence and can be registered in 80 % of the patients after the first year of their gynecological life. Therefore, it has a negative influence both, in these

patient's physical and intellectual development and in the future reproductive health of adolescents. For all these reasons, early diagnosis and accurate and multidisciplinary treatment become of high importance.

Key words: Uterine hemorrhage; adolescent; incidence; early diagnosis; therapeutics

INTRODUCCIÓN

La hemorragia uterina disfuncional (HUD) es un tipo de sangrado anormal que se presenta solo en mujeres, proveniente del endometrio y provocado por desvalances hormonales y que no guarda relación con lesiones, infecciones, embarazo o tumoraciones. Es más común en mujeres adolescentes, es acíclico y de cantidad y duración variables.⁽¹⁾

Se puede presentar con una alta frecuencia en mujeres desnutridas ya sea por defecto o por exceso; la primera, relacionada generalmente por enfermedades endocrinas y la segunda, por exceso de estrógeno circulante.⁽²⁾ En Estados Unidos se presenta en el 60 % de las adolescentes que acuden a consulta por trastornos

Recibido: 2 de octubre de 2011

Aprobado: 14 de octubre de 2011

Correspondencia:

Dra. Milagros García Mazorra.

Hospital General Docente "Enrique Cabrera"

Calzada de Aldabó # 11117 Altahabana, Boyeros.

La Habana.

Dirección electrónica: vamaya@infomed.sld.cu

menstruales, en Chile lo hacen un 30 %. En Cuba constituye la segunda causa de asistencia a consulta después de las leucorreas. ⁽³⁻⁵⁾

Por tener una alta prevalencia en Cuba así como la repercusión negativa sobre las actividades diarias, y la afectación en la vida reproductiva futura se propone la revisión de este tema.

DESARROLLO

Incidencia

La incidencia es elevada, es mayor en los 2 primeros años después de la menarquia ya que los ciclos menstruales en este periodo son generalmente anovulatorios, después de la nubilidad se hacen más cíclicos teniendo en el segundo año de vida ginecológica una incidencia que puede llegar alrededor de un 50 %, en el tercer año a un 30 % y un 20 % lo puede mantener en años posteriores. ^(2, 4, 5)

Fisiopatología

La hemorragia uterina disfuncional (HUD) esta generalmente relacionada a un desbalance hormonal: estrógeno-progesterona. ⁽⁶⁾

Hemorragia por supresión de estrógeno: el sangrado uterino se produce luego de un cese agudo del soporte estrogenito sobre el endometrio.

Hemorragia por disrupción de estrógeno: la exposición crónica a estrógenos en ausencia de progesterona estimula el crecimiento continuo del endometrio (típico de la anovulación crónica). ⁽⁷⁾

Hemorragia por supresión de progesterona: típicamente ocurre después de la ovulación en ausencia de embarazo. Farmacológicamente se logra un efecto similar con la administración y luego suspensión de progesterona y/o progestágenos sintéticos. ^(5,6)

Hemorragia por disrupción de progesterona: ocurre ante la presencia de una relación progesterona-estrógeno desfavorablemente alta. En ausencia de suficiente estrógeno la terapia continua con progesterona lleva a un sangrado intermitente de duración variable, similar a la hemorragia por disrupción de estrógeno.

El 95 % de los sangrados disfuncionales en la adolescencia se producen por inmadurez del eje hipotálamo-hipofisiaria.

Forma de presentación

Se puede presentar desde el punto de vista clínico de 2 formas: según el ciclo sea ovulatorio o anovulatorio aunque en la adolescencia el 95 % son de tipo anovulatorio. ^(7,8)

Ovulatorios

- Presencia de ciclos regulares.
- Son frecuentes los síntomas premenstruales.
- Dismenorrea.
- Tensión mamaria.
- Cambios en el moco cervical.
- Curva de temperatura bifásica.

- Resultado positivo del kit predictor de la hormona luteinizante (LH)

Anovulatorios

- Ciclos de duraciones no predecibles.
- Patrón de hemorragia no predecible.
- Sangrado frecuente.
- Sangrado frecuente importante.
- Curva de temperatura monofásica.

Diagnóstico positivo diferencial

El diagnóstico positivo se realiza por exclusión después de haber descartado todas las causas posibles de sangrados como son: ⁽⁹⁾

1. Embarazo: (aborto, embarazo ectópico, placenta previa, abrupto placentario, enfermedad trofoblástica).
2. Causas iatrogénicas: anticoagulantes, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, antipsicóticos, corticoides, hierbas y otros suplementos (ginseng, ginkgo, suplemento de soja), hormonas (ACO, estrógeno, progesterona), tamoxifeno.
3. Enfermedades sistémicas: hipo e hipertiroidismo, coagulopatías, trombocitopenias, enfermedad de Von Willebrand, hepatopatías, enfermedad renal.

Tratamiento

Durante la adolescencia las alteraciones menstruales son disfuncionales y transitorias en la mayoría de los casos, la intervención médica usualmente se limita a explicar y tranquilizar a los padres y a la paciente, una vez que se descartan las causas orgánicas y hematológicas. El tratamiento puede estar dirigido al control del fenómeno agudo en los casos del sangrado severo o puede tener como finalidad el control de las recidivas. ^(10,11) La HUD para su tratamiento debe clasificarse en leve, moderada y severa (estable y grave). ⁽¹²⁻¹⁵⁾

Leve:

- Conducta expectante: no se toma ninguna medida de tipo medicamentosa.
- Hormonal.
- Calendario menstrual: es importante ya que ayuda a la paciente y al médico a conocer el tipo de trastorno menstrual.
- Suplemento de hierro: a pesar de no tener anemia por los sangrados, se impone de manera profiláctica.
- Conserjería para los familiares y la paciente.
- Evaluación de 3 a 6 meses.

Moderada:

- Conducta intervencionista: se emplea terapia hormonal como los ACO. Monofásicos a dosis habitual (del 5to al 21 días del ciclo) o progestágeno en la segunda mitad del ciclo como la medroxi-progesterona 5 -10 mg diarios.

- Medidas anteriores.

Severa:

- Ingreso hospitalario.
- Corregir la anemia.
- Estro-progestágeno a dosis altas hasta controlar el sangrado.
- Etinilestradiol: 0,01mg IM más acetato de norestisterona 2 mg cada 8h.
- Benzoato de estradiol: 5mg IM más progesterona 250 mg diario.
- Estrógenos naturales a dosis altas.
- Estrógenos conjugados: 25 mg EV cada 4 a 6 hora y continuar con 1 tableta diaria por 21 día al controlarse el sangrado.
- Estrógeno oral cada 6 horas y disminuir la dosis a 1 tableta diaria por 21 día.

Tratamiento médico coadyuvante

Los anti-inflamatorios no esteroideos (AINES) son sustancias inhibitoras de la enzima ciclo-oxigenasa y por tanto de la conversión del ácido araquidónico en prostaglandinas, ⁽¹⁶⁾ en definitiva antiprostaglandínicos, las mujeres con menorragias tienen niveles altos de PGE2 Y PGE alfa pero en cierta forma son menos efectivos que el ácido tranexámico y el danazol. Los antifibrinolíticos son fármacos que inhiben la activación

del plasminógeno en plasmita facilitando la hemostasia, el más usado es el ácido tranexámico. ⁽¹⁷⁾ Los análogos (GnRH) producen una desensibilización de las células gonodotropas que llevan a hipoestronismo y atrofia endometrial. ⁽¹⁸⁻²⁰⁾

- ácido mefenámico: 250-500 mg cada 8 horas durante el sangrado.
- ácido tranexámico: 500-1000 mg cada 6 a 8 horas los primeros 5 días de la menstruación.
- Danazol: 100-200 mg por día por 3 meses.
- Análogos de la hormona liberadora de las gonodotrofinas (GnRH.).
- Leuprolide, triptorelina, goserelina, las cuales se emplean mensuales y por vía intramuscular (IM).
- Mifepristona (RU-486) se considera un medicamento aún joven para el control de las menorragias.

CONCLUSIONES

La hemorragia uterina disfuncional en la adolescencia es una entidad frecuente sobre todo en los primeros años de vida ginecológica, se considera de difícil manejo y control que puede repercutir de forma negativa en el desarrollo de esta etapa tan crucial para la adolescente, su causa es desconocida y se plantea que el 95 % es producida por inmadurez del eje hipotálamo –hipofisario-ovárico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dickersin K, Munro MG, Clark M. Hysterectomy compared with endometrial ablation for dysfunctional uterine bleeding: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol.* 2008; 110(6):1279-89.
2. El-Hemaidi I, Grarabet A, Shejata H. Menorrhagia and bleeding disorders. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2007;19(6):513-20.
3. Farrel E. Dysfunctional uterine bleeding. *Aust Fam Physician.* 2004;33(11):906-8.
4. Fernández Parra J, Romero Guanín B, Rodríguez Oliver A. Estado actual de la ablación endometrial. XII curso de actualización en ginecología y obstetricia. [CD-ROM]. Granada. Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Virgen de las Nieves; 2008.
5. Fernández Parra J. Menorragia. Guías de prácticas clínicas, servicio de obstetricia y ginecología. Hospital Virgen de las Nieves; 2009.
6. Pérez Agudelo LE. Hemorragia uterina anormal: enfoque basado en la evidencia. Revisión sistemática. *Revista Militar Nueva Granada.* 2007;15(1):68-79.
7. Hernández de la Calle I. Alteraciones menstruales por exceso en la adolescencia. Hemorragia uterina disfuncional. *Proa Obstet Ginecol.* 2007;50(suppl 1):38-40.
8. Hurskainen R, Teperi J, Risannet P, Alto AM, Grenman S. Quality of life and cost-effectiveness of levonogestrel-releasing intrauterine system versus hysterectomy for treatment of menorrhagia: a randomized trial. *Lancet.* 2006;375:273-77.
9. De la fuente P. Resección endometrial y sistema intrauterino de liberación de levonogestrel en el tratamiento de la hemorragia uterina disfuncional. *Pro Obstet Ginecol.* 2003;46(9):377-81.
10. Maforras R, Comino R, Nieto A, Ferrer J, Parrilla JJ, Martínez F. Menorragia. En: Documentos de condensa de la S.E.G.O 2002. Madrid: Meditex; 2003. p. 105-150.
11. Schiavon R. Alteraciones menstruales en la adolescencia. *Revista Endocrinología y Nutrición.* 2001;9(3):141-53.
12. Gayón Vera E, Sam Soto S. Hemorragia genital anormal en niñas y adolescentes. Abordaje clínico y terapéutico. *Acta Pediatr Mex.* 2006;27(2):84-95.

13. Pérez Medina J. Tratamiento médico de la hemorragia uterina disfuncional. Prog Obstet Ginecol. 2007;50(supl-1):265-66.
14. Úbeda Hernández M. Hemorragia uterina disfuncional. Indicaciones de cirugía histeroscópica. Prog Obstet Ginecol. 2007;50(supl 1):268-9.
15. Brenner PP. Differential diagnosis of abnormal uterine bleeding. Am J Obstet Gynecol. 1996;175:766-9.
16. Sinddiquen Pitkin J. Menstrual disturbances. Obstet Gynecol Reproduc Med. 2007;17:145-52.
17. Ernes EJ. Prevalence of Von Willebrand disease in children: A multiethnic study. J Pediatr. 1999;123:893-4.
18. Philip CS, Faiz A, Dowling N. Age and prevalence of bleeding disorders in women with menorrhagia. Obstet Gynecol Reproduc Med. 2009;18:123-124.
19. Alber HU, Hull FG. Abnormal uterine bleeding. Am Fam Physician. 2008;45:1234-5.
20. Dockery CD, Sheppare FG, Bonnar J. Comparison between mefenamic acid and danazol in the treatment of established menorrhagia. RT Obstet Ginecol. 2006;32:843-4.