

HEMORRAGIA UTERINA DISFUNCIONAL

Dra. Mirtha Prieto Valdés

Hospital Pediátrico Universitario Pedro Borrás Astorga
mprieto@infomed.sld.cu

LOS TRASTORNOS MENSTRUALES SON UNA DE LAS PRIMERAS CAUSAS DE CONSULTA O DE URGENCIA EN SERVICIOS CLÍNICOS; Y LA HEMORRAGIA UTERINA DISFUNCIONAL, UNA DE LAS IRREGULARIDADES MENSTRUALES DE MÁS INCIDENCIA EN LAS ADOLESCENTES.

El ciclo menstrual normal ha cambiado en el curso de los siglos, dependiendo de las modificaciones en el patrón reproductivo y el estado nutricional de la población.

El debut del sangrado menstrual, definido como menarquia, marca una etapa importante en la madurez biológica durante la pubertad.

En el Programa Nacional de Atención Integral a la Salud de los Adolescentes se mencionan los trastornos menstruales como una de las primeras causas de consulta o de urgencia en servicios clínicos de primero y segundo nivel.

Diversas alteraciones menstruales, ya sea las que inducen aumento en la cantidad o frecuencia o las que se presentan como episodios infrecuentes e irregulares se observan en la adolescencia y pueden impactar la calidad de vida de las pacientes, con repercusiones significativas en el ámbito reproductivo y metabólico.

Por esas razones podemos afirmar que los trastornos menstruales constituyen un problema de salud pública y requieren un enfoque más integral en aspectos preventivos y curativos en la etapa de la adolescencia.

Aproximadamente la mitad de todas las adolescentes tienen períodos irregulares durante el primer año después de la menarquia. Estos períodos irregulares pueden persistir hasta cinco años después de la menarquia en 20 % de estas adolescentes. La principal complicación es la anemia,

que puede ser severa y raramente tiene consecuencias fatales.

PATRÓN MENSTRUAL NORMAL

La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia considera el patrón menstrual normal entre tres y cuatro días, aunque fluctúa entre dos y siete días. El intervalo entre menstruaciones es de veintiocho días, considerándose como límites de veintiuno a treinta y cinco días.

El volumen de sangre menstrual es de sesenta a ochenta mililitros; no obstante, se consideran normales los rangos de sangrado entre cincuenta y ciento cincuenta mililitros. El aspecto de la sangre es rojo oscuro incoagulable.

En la práctica médica se utiliza un grupo de términos para hacer referencia a las diversas alteraciones del ciclo menstrual, que requieren precisión por la frecuencia en que son diagnosticados.

Según Schiavon (2000), las alteraciones menstruales más frecuentes son:

- *oligoamenorrea*: episodios de sangrado infrecuentes, irregulares, con intervalo de más de cuarenta días;
- *polimenorrea*: episodios frecuentes pero regulares de sangrado uterino, que ocurren a intervalos menores de veintiún días;
- *menorragia*: sangrado excesivo, tanto en cantidad como en duración, que ocurre con regularidad y es sinónimo de hipermenorrea;

- *metrorragia*: sangrado generalmente no excesivo, que ocurre a intervalos irregulares;
- *menometrorragia*: sangramiento generalmente excesivo y prolongado, que ocurre a intervalos frecuentes e irregulares;
- *hipomenorrea*: sangrado uterino regular, pero disminuido en cantidad;
- *sangrado intermenstrual*: sangrado uterino generalmente no excesivo, que ocurre entre períodos menstruales regulares.

Las irregularidades menstruales son causa frecuente de consulta en las adolescentes, siendo 95 % de las veces de naturaleza disfuncional, por inmadurez del eje hipotálamo-hipofiso-ovárico (HHO).

Uno de los primeros problemas que hay que plantear ante estas irregularidades menstruales, es la hemorragia uterina disfuncional (HUD). Su definición guarda relación con las características en cantidad y frecuencia que difieren del sangrado menstrual normal.

Con mayor frecuencia se encuentra en forma de sangrados excesivos y prolongados, asociados a ciclos anaovulatorios, en ausencia de una patología o enfermedad existente, aunque raramente la HUD puede presentarse con ciclos ovulatorios.

De forma práctica, consideramos una hemorragia uterina (HU) como anormal cuando el sangrado es excesivo, con cualquier desvío o alteración de su duración, cantidad o intervalo.

El diagnóstico de HUD supone una alteración de origen endocrino (eje HHO); por lo tanto, su diagnóstico impone haber descartado cualquier patología orgánica y sistémica que produzca hemorragia genital. Es un diagnóstico por exclusión.

ETIOPATOGENIA DE LA HUD EN LA ADOLESCENCIA

Los ciclos anovulatorios son más frecuentes en las adolescentes por la inmadurez del eje HHO en el primer año tras la menarquia.

En esos casos de HUD, como ya se mencionó, se producen ciclos anovulatorios que se traducen en una proliferación desorganizada del endometrio por falta de efecto progestagénico. Una vez que el endometrio alcanza un grosor crítico, comienza a descamarse en forma irregular, traduciéndose en un sangrado permanente de cuantía variable.

Las manifestaciones clínicas de la HUD son:

- fases de amenorrea de dos a cuatro meses, seguidas de salida de sangre abundante durante tres o cuatro semanas; en oportunidades existe irregularidad completa en el sangrado;
- sangrado de más de seis compresas (bien empapadas) al día;
- presencia de coágulos;
- suele ser indolora;
- menstruaciones de más de siete días de duración;
- ciclos de menos de veintiún días.

La gravedad de esta hemorragia se clasifica, de acuerdo con el grado de anemia que produzca, en metrorragia leve, moderada o grave:

Leve:

- metrorragia leve y prolongada,
- ciclo menstrual acortado,
- hemoglobina y hematocrito normales.

Moderada:

- metrorragia copiosa prolongada,
- ciclo menstrual acortado,
- anemia leve (cifras de hemoglobina inferior a diez gramos por litro).

Grave:

- metrorragia copiosa prolongada,
- ciclo acortado e irregular,
- anemia grave (cifras de hemoglobina de ocho gramos por litro o menos).

Ante un sangramiento uterino en estas edades se debe realizar el *diagnóstico diferencial* con:

- a) gestación y problemas relacionados con ésta, tales como abortos y gravidez ectópica;
- b) coagulopatía: 20 % de las adolescentes con hemorragia uterina tienen un defecto de la coagulación. La manifestación más precoz de alteraciones de la coagulación sanguínea puede ser evidenciada por un sangramiento genital anormal, lo cual puede estar relacionado con deficiencias de plaquetas, leucemias, púrpuras, enfermedad de Von Willebrand, deficiencia de protrombina u otros factores de la coagulación;
- c) malformaciones del aparato genital, traumatismos genitales, presencia de cuerpos extraños;
- d) dispositivos intrauterinos;
- e) tumores uterinos, sarcoma botroides o tumores anexiales;

- f) hipo o hipertiroidismo;
- g) insuficiencia renal o hepática.

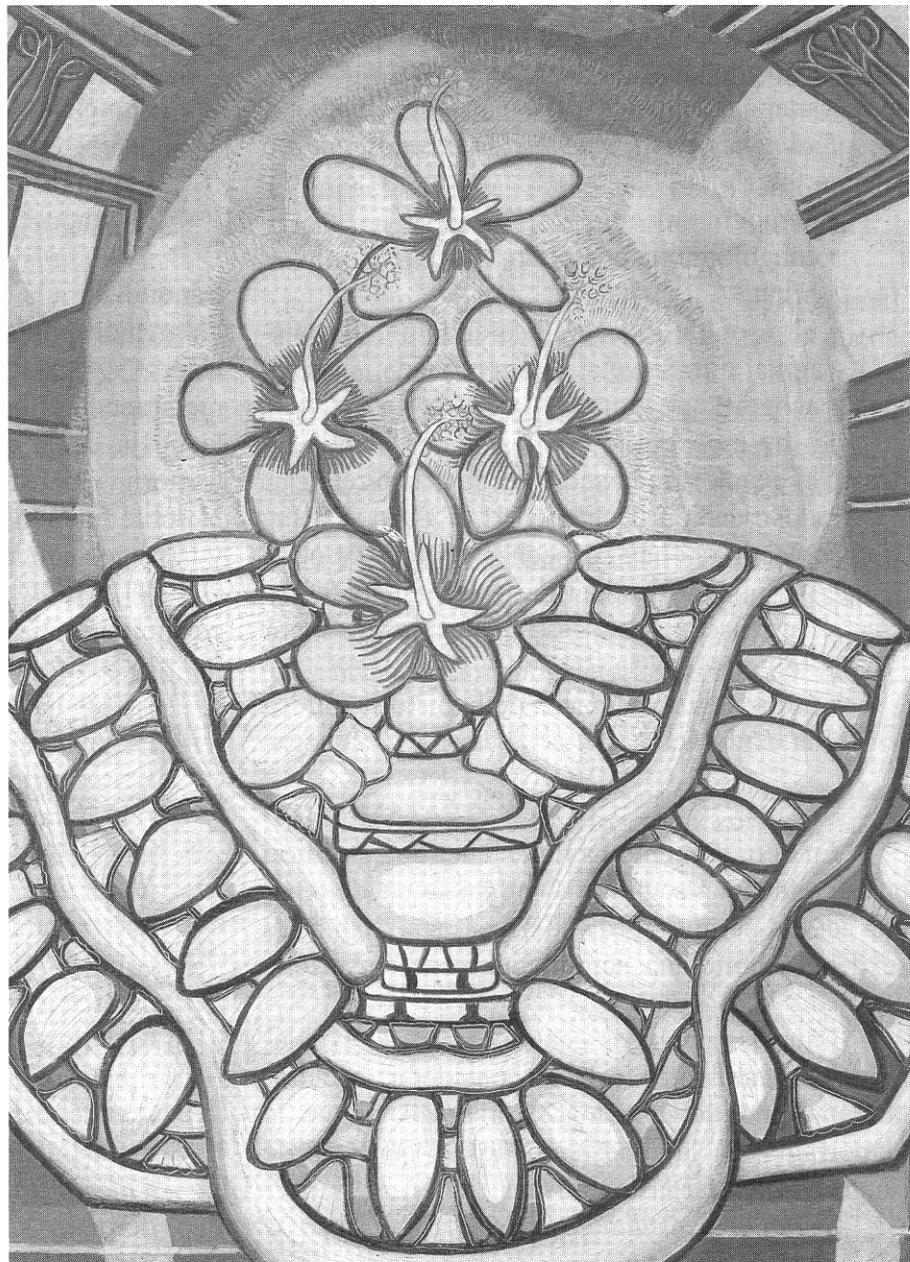
Como el diagnóstico de HUD es de exclusión, hay que hacer una *historia clínica minuciosa, exámenes complementarios* y sin falta descartar las otras causas de sangramiento transvaginal.

Se debe precisar con detalle el nivel de desarrollo puberal, la actividad sexual y la presencia de situaciones concomitantes como:

- a) contacto sexual sin protección contraceptiva;
- b) uso irregular de anti-conceptivos orales o antecedentes de inserción de dispositivos intrauterinos;
- c) ejercicios físicos extenuantes;
- d) historia previa de sangrado excesivo, asociado a extracciones dentarias, pequeñas heridas, epistaxis y otras;
- e) dolencias renales u hepáticas preexistentes.

Ante cualquier demanda de atención por adolescentes con sangramiento genital con las características descritas, se requiere de un *examen físico general* que incluya exploración general completa, toma de tensión arterial y pulso, búsqueda de exoftalmia, fascie Cushing, visceromegalias o presencia de masas abdominales palpables, edemas parpebrales y de miembros superiores, así como puntos hemorrágicos en epidermis y otros signos de coagulopatía.

El *examen ginecológico* debe realizarse en todas las adolescentes, con excepción de las que no han tenido actividad sexual y presentan sangramiento leve. Además del examen de sus genitales, hay que efectuar una valoración citológica y microbiológica en particular en quienes presenten manifestaciones clínicas.



En la inspección de los genitales durante el examen de la paciente, es importante evaluar que el sangramiento se origine en lesiones ubicadas en los genitales externos, uretra u hemorroides, así como indagar acerca de la posibilidad de abuso sexual. Si después del tratamiento de la HUD leve continúa el sangrado, se recomienda la realización de ecografía abdominal para precisar el diagnóstico.

En pacientes que ya han tenido relaciones sexuales se debe buscar si el útero tiene características gravídicas, la posibilidad de un aborto en curso, así como la presencia de una masa anexial que permita corroborar la existencia de embarazo o alguna neoplasia benigna o maligna. El examen

con espéculo podrá demostrar un cuello hiperémico, sangrante o gravídico; de encontrarse estos hallazgos, se descartaría la etiología disfuncional del sangrado.

Exámenes complementarios básicos que no pueden faltar:

- hemograma completo,
- coagulograma completo,
- orina,
- ultrasonido ginecológico abdominal, transvaginal o transrectal según proceda,
- ecografía abdominal.

Si fuese necesario por los signos identificados en el examen de la paciente, se deben realizar:

- dosificación de FSH, LH, T3, T4, TSH y prolactina si hay sospechas clínicas de otras enfermedades endocrinas concomitantes,
- laparoscopia en casos seleccionados por patología de base,
- otros, según hallazgos de la historia clínica y la exploración.

TRATAMIENTO

En el tratamiento hay que tener un equilibrio en la conducta a seguir. Si bien no se puede tener una actitud permisiva (de no hacer nada), tampoco se debe asumir una actitud intervencionista que pueda ser iatrogénica.

Entre las premisas generales para la evaluación del tratamiento, se deben considerar: 1) el tratamiento individualizado, 2) la detención de la hemorragia, 3) la reposición de las pérdidas de sangre y 4) evitar las recidivas.

Según la gravedad de la hemorragia, se debe evaluar la conducta a seguir en cada caso.

Frente a la HUD leve podemos mantener una actitud expectante, mientras no existan afectación de las cifras de hemoglobina y escasa o ninguna repercusión sobre el estado general y desarrollo de actividades. La conducta terapéutica a seguir es la indicación de antiinflamatorios no esteroideos (AINE), control cada tres meses, vigilancia periódica y la utilización de calendario menstrual. El pronóstico de normalización es entre doce y veinticuatro meses.

Una actitud intervencionista se requiere cuando existe afectación en las cifras de hemoglobina y repercusión sobre el estado general y el desarrollo de actividades.

Sin sangramiento activo se puede recomendar:

- a) uso de progestagenos en la segunda mitad del ciclo (medroxiprogesterona, acetato de noretisterona);

- b) uso de combinaciones de estroprogestagenos monofásicos (etinor, microgynon).

Con sangramiento activo. Es importante tranquilizar a la paciente debido a que la hemorragia genital produce gran preocupación en la adolescente y en su entorno familiar. Además, se recomienda el uso de anticonceptivos orales ante la queja de la adolescente de molestias por los trastornos menstruales. La indicación cumple con la doble función de: regular los ciclos menstruales y la protección ante embarazos no deseados.

Si la HUD es moderada, el tratamiento debe encaminarse a:

- a) control del proceso hemorrágico; para ello se requerirá el cumplimiento del siguiente esquema medicamentoso:

- *estroprogestagenos*: un comprimido cada seis horas durante tres o cuatro días; continuar los próximos dos a tres días cada ocho horas; cumplido este tiempo, cada doce horas; para terminar el ciclo, la toma de un comprimido cada veinticuatro horas durante catorce a veintiún días.

- b) control de las recidivas; se recomienda:

- *medroxiprogesterona*: diez miligramos diarios del día 13 al 25 del ciclo menstrual.

- c) tratamiento de la anemia: puede tratarse con:

- *hierro oral*: seis miligramos por kilogramo diarios.

Si la HUD es grave, requerirá:

- a) medidas para controlar el shock; es imprescindible reponer la volemia y la transfusión de sangre siempre que sea imprescindible.

- b) hemostasia hormonal: para tal fin se utilizarán estrógenos conjugados equinos en dosis de veinte miligramos cada seis horas intravenoso hasta seis dosis. Añadir progesterona al ceder el sangrado y mantener veinte a veinticinco días. Concluida esta fase, se debe continuar durante seis meses con anticonceptivos hormonales orales de bajas dosis (etinor). Finalmente, control con progesterona en la segunda mitad del ciclo menstrual.

- c) tratamiento para la anemia: hierro parenteral.
- d) durante el tratamiento con estrógenos, puede ser necesario el empleo de antieméticos siempre que existan los síntomas que así lo determinen.
- e) *excepcionalmente* la realización del legrado uterino.

REPERCUSIÓN DEL SANGRAMIENTO UTERINO DISFUNCIONAL

Resultan muchas las repercusiones que este trastorno produce en la vida de las adolescentes, y especialmente en lo concerniente a la salud reproductiva.

La anemia ferripriva y la deficiencia de ácido fólico son trastornos frecuentes, agravados por las pérdidas abundantes, prolongadas y/o demasiado frecuentes con serio impacto para la percepción de

la salud y la calidad de vida. Se conoce muy bien la relación entre la anemia y el bajo peso al nacer, así como la deficiencia de ácido fólico y las malformaciones congénitas del tubo neural, por lo que el impacto de estas afecciones en el periodo perinatal puede tener consecuencias tanto para la madre como para el bebé.

A largo plazo, las patologías del sangrado menstrual que se inician en la adolescencia pueden repercutir en la fertilidad futura de la mujer, produciendo mayor riesgo de osteoporosis, el síndrome de ovarios poliquísticos, cáncer mamario, cáncer endometrial e infarto del miocardio, entre otros trastornos.

Por último, es importante recordar que alrededor de 25 % de las adolescentes que padecen de hemorragia disfuncional anovulatoria van a continuar presentando ciclos anovulatorios en la edad adulta.

Bibliografía

CRUZ SÁNCHEZ, F. y otros. *Programa Nacional de Atención Integral a la Salud de Adolescentes*. MINSAP Cuba, 2000.

FOSTER, C. *Adolescent Menstrual Abnormalities. Pediatric Endocrinology. A Clinical Guide*. 3a. ed. Ed. por Fima Lifshitz. 1996.

LAVIN, C. «Dysfunctional Uterine Bleeding in Adolescents». *Curr Opin Pediatr*, vol. 8, no. 4, August, 1996, pp. 328-332.

MONSALVES, D. «Hemorragia genital en niñas y adolescentes». En *Ginecología infanto-juvenil*. Cap. 11. ATEPROCA, Caracas, 1997.

MURAN, D. et al. «Vaginal bleeding in childhood and menstrual disorders in adolescence». En *Pediatric and Adolescent Gynecology*. Cap.14. W. B. Saunders, Philadelphia, 1994.

PELÁEZ, J. «Hemorragias genitales en la infancia y la adolescencia. Hemorragia uterina disfuncional». En *Ginecología infanto-juvenil: Salud reproductiva del adolescente*. Cap. V. Ed. Científico-Técnica, La Habana, 1999.

PRIETO, M. «Trastornos del crecimiento y desarrollo». En *Manual de prácticas clínicas para la atención integral a la salud en la adolescencia*. UNICEF, MINSAP, 2002.

———. *Mi cuerpo cambia. En la Adolescencia queremos saber*. Editorial Ciencias Médicas, 2004.

———. «Menarquia y menopausia en la vida de la mujer». *Avances Médicos de Cuba*, La Habana, año XI, no. 37, 2004.

———. *Trastornos de la pubertad*. XII Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología. Publicación CD, ISBN 959-7124-55-6.

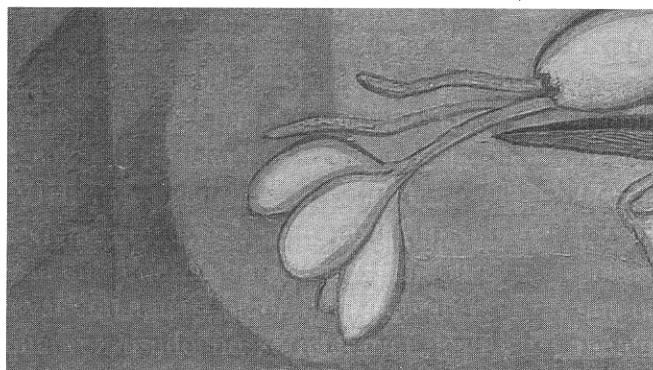
PELLICER A. y J. NAVARRO. «Evaluación de la paciente con hemorragia uterina anormal». En www.encolombia.com/Meno_II_resumenes_bibliograficos.htm

RODRÍGUEZ JIMÉNEZ M. J. «El ciclo menstrual y sus trastornos. Hemorragia uterina disfuncional». En *Medicina de la adolescencia. Atención integral*. Ergon, 2004.

SANDOVAL, J. *Trastornos de los flujos rojos en la niña y adolescente. Salud sexual y reproductiva en la adolescencia*. Cap. 19. Editorial Mediterráneo, 2003.

SCHIAVON, R. «Alteraciones menstruales en la adolescencia». Cap. 5. *Acta Pediatr Mex*, 2000.

———. «Alteraciones menstruales en la adolescencia». *Endocrinología y Nutrición*, vol. 9, no. 3, 2001.



NO CENSADOS PERO SÍ CREMADOS

No hace mucho tuve noticia de una exposición que sorprendió incluso a especialistas sobre el holocausto judío. Ocurrió en el National Holocaust Museum (Museo Nacional del Holocausto) en Washington. Fue una reseña visual y documentada de la persecución y exterminio de los homosexuales durante la experiencia nazi. Y no sólo contra ellos, sino contra otras minorías consideradas indignas de compartir el destino de la gran nación alemana, según la versión del régimen de Adolfo Hitler. Las fotografías, historias y el arte del periodo demuestran que acabar con los *gays* resultó prioritario para los nazis, aunque un Ernst Röhm, jefe de las tropas de asalto y ayudante de Hitler en la toma del poder, nunca ocultara su verdadera orientación sexual. Pero lo asesinaron en 1934. La fecha marcó el inicio de la arremetida anti-gay. El amor entre personas de un mismo sexo fue equiparado a la traición. Exhibiciones futuras se centrarán en el tratamiento que los nazis dieron a las personas con incapacidades físicas y mentales, a los testigos de Jehová, a los gitanos, polacos y prisioneros de guerra soviéticos. Más de dos millones de personas visitan cada año el museo, ubicado en 100 Raoul Wallenberg Place, al sureste de Washington.

La persecución nazi se ensañó en más de un millón de hombres que, según la comprensión estatal, estaban afectados por una degeneración que amenazaba la masculinidad. Tras las redadas, los *gays* eran enviados a campos de concentración oficialmente llamados «Centros de palabra». Acusados de parasitismo social y de enemigos del Estado, aproximadamente la mitad de ellos pagó su diferenciación en los hornos crematorios. Los distinguían con un triángulo rosa. Los otros conocieron la prisión o los hospitales psiquiátricos. Cientos fueron castrados por orden judicial, o bajo coacción. La documentación, escamoteada incluso para los miembros del alto mando militar nazi, sufrió mermas considerables, salvo la mostrada en Washington. Por lo poco encontrado se precisa que alrededor de 15 000 fueron recluidos en campos de concentración, donde muchos murieron de hambre, enfermedades, agotamiento, palizas y asesinatos. Eran conocidos como los «175tos», con referencia al Artículo 175 del código criminal alemán, condenatorio de la «indecencia antinatural» entre hombres. Se trataba de una ley promulgada en 1871, pero ampliada por los nazis para incluir «simple apariencia» y «simples caricias», el deseo tanto como las prácticas elevadas a razones para perseguir y detener a esos culpables.

Cuando la guerra terminó muy pocos sobrevivientes se atrevieron a contar sus experiencias. Durante décadas, tras la victoria de los Aliados, seguían sujetos al mismo estatuto criminal utilizado por el régimen hitleriano para perseguirlos. El Artículo 175 fue suprimido en 1994. La declaración de «no culpables» equivalía a un perdón de sabor agrio, parecido a la conmisericordia —que avalaba a quienes la otorgaban, no a quienes la recibían—, sin que alcanzara a resarcirles del destrozo de sus vidas. Todo eso era sabido, pero silenciado. El amplio historial del Holocausto apenas nombra a esas víctimas de la bestialidad nazi, dejadas como «muertos sin dolientes», cuanto los zahiere con una estulticia empeñada, quien sabe si por pudor —a fin de cuentas debilitan el mito de la sacralizada hombría— o por sentimientos contradictorios, generadores de un racismo-otro: los prejuicios de la intolerancia sexual.

El libro de Heinz Heder retrata la vida en los campos de concentración como un infierno donde la tragedia resultaba cotidiana. La reubicación trasladaba al cerco los esquemas de la vida exterior. Allí la homosexualidad no desaparecía, sino que refinaba su embozo, acogida a una doble moral peor que la de afuera. Si un prisionero alemán era atractivo y se mostraba dispuesto a colaborar, pasaba a ser protegido de un capo de barracones, obtenía prebendas y mejor status. El envilecimiento tapó la boca de sobrevivientes que después de la guerra arrastraron la mordaza impuesta por la vergüenza y la conciencia culpable. El resto fue una existencia miserable, constantemente en peligro, en la que cada movimiento era una lucha por la subsistencia y una pérdida de la autoestima, con el agravante de que, una vez terminada la pesadilla nazi, a los homosexuales que la padecieron no se les liberó de su castigo psicológico, tan cruel como el físico. Es lo que mostró la exposición del National Holocaust Museum y permitió razonar el libro de Heder, obstáculos para un olvido quizás involuntario, siempre imperdonable.

REYNALDO GONZÁLEZ

(Sección «Cuaderno de bitácora», en www.cubaliteraria.com)