



Hospital Universitario Infanta Elena

Comunidad de Madrid



III JORNADAS DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
para atención primaria a través de casos clínicos

Hemorragia Uterina Disfuncional

Dr José Eloy Álvarez Méndez

Servicio Ginecología y Obstetricia

HUD

CASO CLÍNICO :

Paciente de 17 años que acude a la consulta por hemorragia vaginal diaria de 2 meses de duración, de cantidad variable que ha aumentado en los últimos 3 días (8 compresas/día). Es el segundo episodio en menos de 6 meses.

AP: Menarquia a los 12 años, ciclos menstruales irregulares (45-90 / 5-8), PRS a los 16 años. Mantiene relaciones sexuales sin anticoncepción. No desea embarazo. FUR hace 2 meses.

AF: Sin interés

HUD

Caso clínico:

EXPLORACIÓN: Peso: 50,5 kg. Talla: 158 cm. TA: 90/65 FC: 98 lpm , se palpa tiroides de tamaño normal. Abdomen normal.

Exploración física normal. Escasa palidez cutánea mucosa.

Exploración ginecológica: Genitales externos , vagina y cervix normales.

Tacto vaginal : utero en Anteversión tamaño normal, móvil y no doloroso a la movilización.

Preguntas

EL DIAGNÓSTICO MÁS PROBABLE ES:

- A) Aborto incompleto .
- B) Hemorragia uterina disfuncional .
- C) Púrpura trombopénica idiopática.
- D) Miomatosis uterina
- E) Hipertiroidismo.

Respuesta correcta B

Preguntas

Hemorragia uterina disfuncional

Que pruebas complementarias serian mas útiles :

A) Perfil tiroideo y hemograma.

B) Citologia vaginal.

C) Perfil hormonal ginecológico, ecografía vaginal, Test embarazo.

D) Biopsia de endometrio.

Respuesta correcta C

Preguntas

¿Cuál tratamiento sería más recomendable ?

- A) Tratamiento con hierro oral y seguimiento.
- B) ACO
- C) Progesterona 2 fase del ciclo menstrual.
- D) Antifibrinolíticos . (amchafibrin)

Respuesta correcta B

Introducción

• El sangrado por el tracto genital puede representar un proceso fisiológico (menstruación normal) o significar la manifestación de un proceso patológico de muy diversa etiología.

• El patrón menstrual normal, viene definido por las siguientes características:

duración de sangrado de 2 a 7 días (media 4 días).

un intervalo menstrual de 21 a 35 días (media 28 días).

una pérdida sanguínea de 20-80 cc (media 50 cc).

HUD

Entendemos por hemorragia uterina disfuncional (HUD), la hemorragia que proviene del útero, sin que exista embarazo o puerperio y en ausencia de enfermedad orgánica comprobable; va a estar originada por la existencia de ciclos anovuladores o de alteraciones de la función del cuerpo lúteo. El 20% de los casos se produce en adolescentes y más de un 50% en mujeres de más de 45 años.

Causas de metrorragias anormales MAS COMUNES

METRORRAGIA DISFUNCIONAL:

Hemorragia anovulatoria

Disfunción del cuerpo lúteo

LESIONES INTRAUTERINAS:

Leiomioma submucoso

Pólipo endometrial

Dispositivo intrauterino

Ca de endometrio

COMPLICACIONES DEL EMBARAZO INCIPIENTE:

Aborto

Embarazo ectópico

Mola hidatiforme

Diagnostico diferencial

ENF. SISTEMICA

Enfer. CUSHING

Discrasias sanguineas

Hepatopatía

Supresión hipotalámica (stress, pérdida de peso, ejercicio excesivo)

Hiperprolactinoma

Enf. renal

Enf. Tiroidea

PATOLOGIA GENITAL

Infecciones: cervicitis, endometritis, miometritis, salpingitis

Neoplasias Premalignas : displasia, hiperplasia endometrial

Malignas : CA células escamosas, adenocarcinoma endometrial , tumor ovario, leiomioma

Trauma: Cuerpo extraño, abrasiones, laceraciones, abuso y violencia sexual

TABLA 22-2 Causas de hemorragia uterina anormal por grupo de edad

Grupo de edad	Causas
Prepuberal	Pubertad precoz (de origen hipotalámico, hipofisario u ovárico)
Adolescencia	Ciclo anovulatorio, trastornos de la coagulación
Edad reproductora	Complicaciones del embarazo (aborto, enfermedad trofoblástica, embarazo ectópico) Lesiones orgánicas (leiomioma, adenomiosis, pólipos, hiperplasia endometrial, carcinoma) Ciclo anovulatorio Hemorragia disfuncional ovulatoria (p. ej., fase luteínica insuficiente)
Perimenopausia	Ciclo anovulatorio Descamación irregular Lesiones orgánicas (carcinoma, hiperplasia, pólipos)
Posmenopausia	Lesiones orgánicas (carcinoma, hiperplasia, pólipos) Atrofia endometrial

Tabla 1. Causas de sangrado genital.

Complicaciones de la gestación	Orgánicas	Sistémicas	Hemorragia uterina disfuncional
Amenaza de aborto	Extragincológicas (uretra, vejiga, recto)	Fármacos (ACHO, ACO, corticoides, TMX)	Ovuladora
Aborto incompleto	Vulva (atrofia, traumatismo, infección, endometriosis, tumores)	Alteraciones de la coagulación	Anovuladora
Aborto en curso	Vagina (atrofia, traumatismo, infección, cuerpo extraño, tumor)	Enfermedad hepática	
Gestación ectópica	Cérvix (ectopia, pólipo, POP; endometriosis, infección, tumor)	Enfermedad renal	
Enfermedad trofoblástica	Útero (atrofia, endometritis, DIU, adenomiosis, mioma, pólipos, carcinoma) Trompas Ovarios (rotura de quiste, tumor)	Endocrinos: tiroides, Cushing, GnRH, PRL Cardiopatía	

HUD

Anovulatorias

Estímulo prolongado de estrógenos sobre el endometrio en ausencia de progesterona.

Ovario poliquisticos

Folículo persistente

De forma global: Causa + frecuente

Adolescentes y periodo premenopaúsico (ciclos anovulatorios)

Manifestación clínica: MENORRAGIA

Ovulatorias

Alt. Fase Folicular: Mayor o menor duración

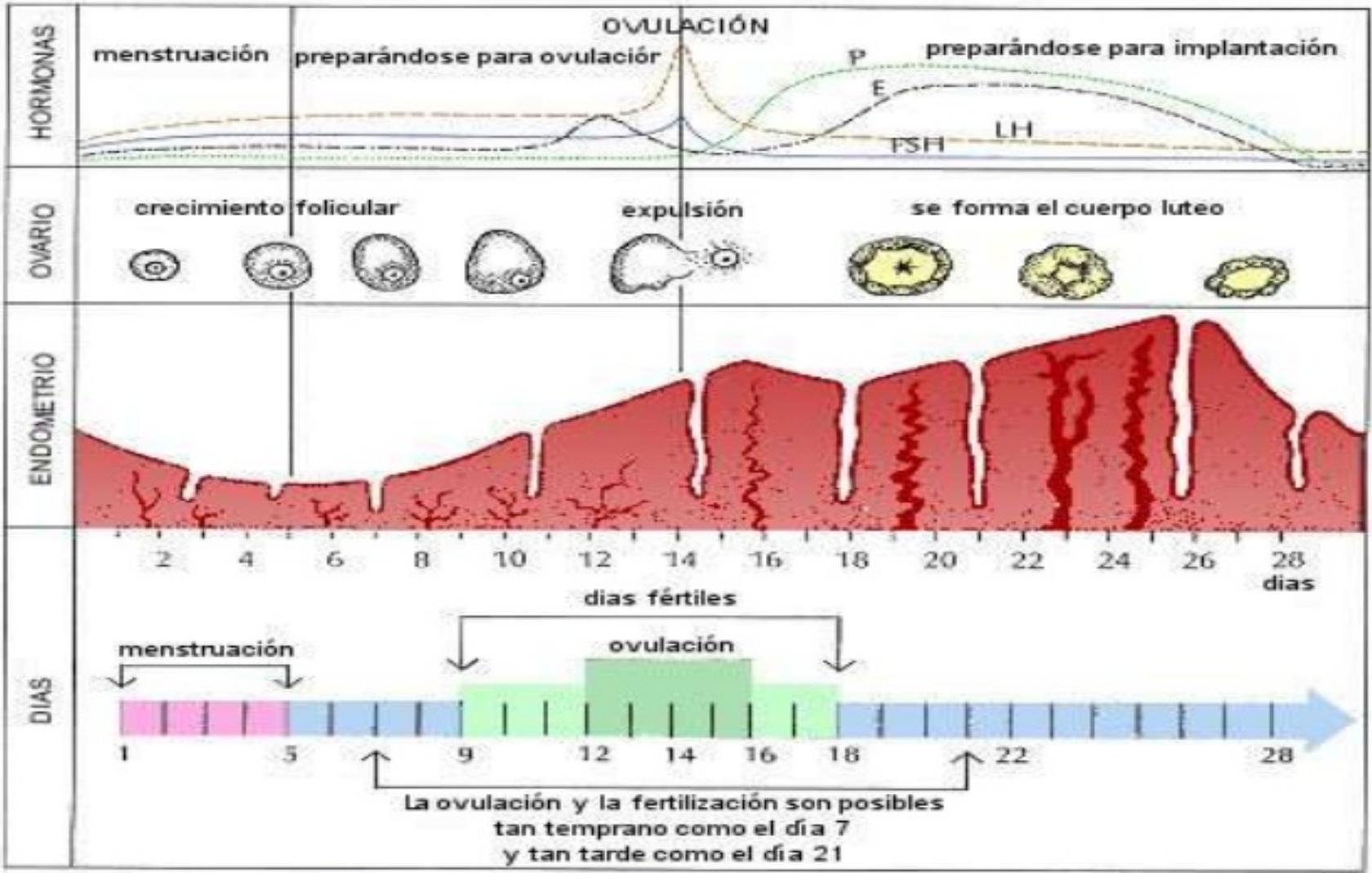
Alt. Fase Lútea: Insuficiencia del cuerpo luteo: disminuye la producción de estrógenos y progesterona en la 2ª mitad del ciclo (duración del ciclo acortada)

Causa + frecuente en mujeres de edad fértil

Manifestación clínica: POLIMENORREA +/- spotting premenstrual.

Tabla 2. Clasificación de la hemorragia uterina disfuncional.

Ovulatoria	Anovulatoria
15 % de las HUD	HUD más frecuente
En mujer madura entre 20-40 años	Perimenopausia y pubertad
Alteraciones de la fase proliferativa, secretora o ambas	Estímulo continuo de estrógenos sin oposición de la progesterona
Cíclicas y clínicamente cursan con polimenorrea, <i>spotting</i> ovulatorio, <i>spotting</i> premenstrual, hipermenorrea y menorragias	No cíclico de intensidad y duración variable. No se acompaña de síndrome premenstrual. Cursan con un sangrado generalmente abundante y tras un periodo de amenorrea de 6-8 semanas
Causas	Causas
Fase folicular alargada → endometrio excesiva proliferación sin tej conectivo → con progesterona hemorragia por disrupción → hipermenorrea	Alteraciones eje hipotálamo -hipofisario- ovario: perimenopausia, pubertad, estrés, alteraciones bruscas de peso, actividad física intensa, obesidad, ansiedad, psicofármacos
Alteraciones de los receptores → maduración irregular → hipermenorreas y sangrados postmenstruales	Administración exógena hormonas
Cuerpo lúteo insuficiente → escasa maduración → sangrado premenstrual	Patología endocrina (tiroideas, síndrome de ovario poliquístico, alteración suprarrenal, hiperprolactinemia)
Enfermedad de Halban (cuerpo lúteo persistente) → sangrado prolongado	Alteraciones hepáticas y / o renales



Diagnostico HUD

1. Anamnesis: edad, FUR, antecedentes, medicamentos, metodos anticonceptivos, etc.
2. Descartar embarazo.
3. Exploracion ginecologica completa.
4. Analitica: hemograma y coagulacion. En ocasiones FSH, LH , estrogenos y progesterona. Prolactina . Androgenos. Perfil tiroideo , hepatico y renal.
5. Ecografia .
6. Biopsia endometrio.
7. Histeroscopia.

Tratamiento

- .Es individual.
- .De acuerdo a la edad.
- .A sus deseos de anticoncepción o fertilidad.
- .La severidad y cronicidad del sangrado.
- .Su objetivo es interrumpir el sangrado agudo, evitar recurrencias e inducir la ovulación en la paciente que desee concebir

Tratamiento

Medico :

Antiinflamatorios NO esteroideos.

Ac. Tranexámico.

Progestágenos orales.

Anticonceptivos orales combinados.

Estrógenos.

Andrógenos (Danazol y Gestrinona).

Agonistas de Hormona Liberadora de
Gonadotropina.

DIU c/ Levonorgestrel.

Quirurgico

Dilatación y legrado.

Resección endometrial.

Histerectomía.

Conclusiones

EL DIAGNÓSTICO DE HUD ES DE EXCLUSIÓN Y SÓLO SE PUEDE ESTABLECER CUANDO SE HAYAN DESCARTADO OTRAS CAUSAS DE SANGRADO.

TODA PACIENTE MENOPAUSICA QUE REFIERA METRORRAGIA DEBE SER ENVIADA DE FORMA PREFERENTE A NUESTRAS CONSULTAS DE GINECOLOGIA GENERAL.



Hospital Universitario Infanta Elena



GRACIAS

Para cualquier duda:

Tfno:918948410. Extension:2473,2472

Email:ginecologia.hie@idcsalud.es