

SANGRADO EN LA POSTMENOPAUSIA

Autora:

Dra. Laura Sauchelli M.P.Nº 12034/4

Esp. en Ginecología M.E.Nº 3384

Integrante de Staff de CIGOR

1.-DEFINICIÓN

Menopausia: (del griego “mens” mensual y “pausi” cese), es el cese definitivo y permanente de la menstruación como consecuencia del agotamiento de la reserva folicular ovárica, fisiológica o quirúrgica (ooforectomía bilateral). Clínicamente hablamos de post menopausia después de 12 meses de amenorrea.

Cualquier sangrado genital externo en este período se considera patológico, por lo tanto lo definimos como la pérdida de sangre de origen genital exteriorizado por la vulva luego de 12 meses de amenorrea.

Representa uno de los motivos de consulta de la mujer post menopáusica, no el más frecuente, y que por su impacto obliga a la atención inmediata.

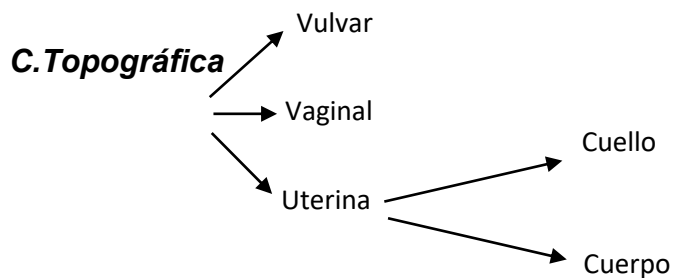
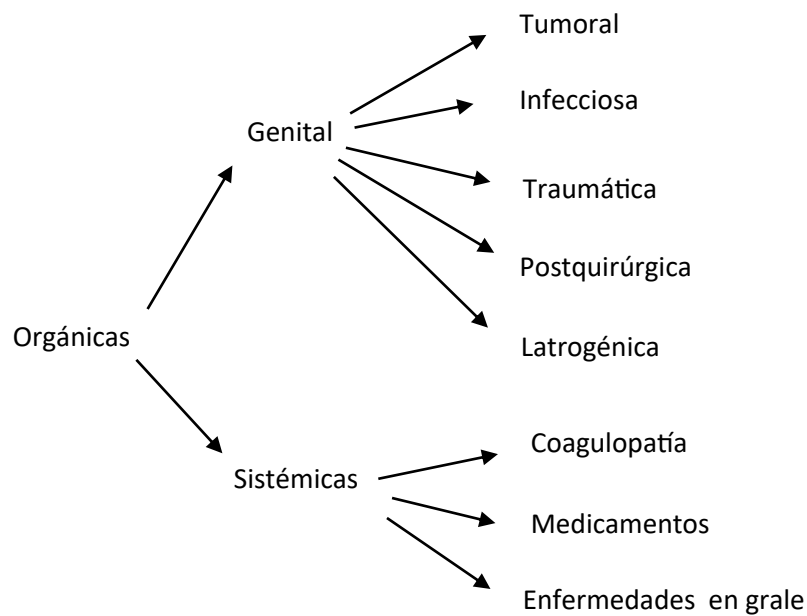
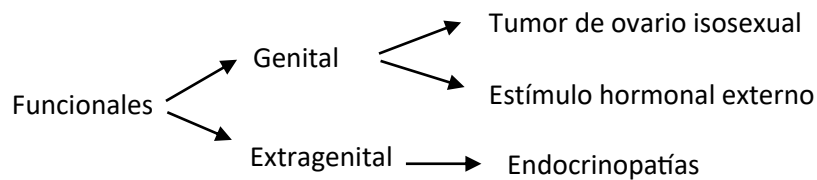
1.1 Epidemiología

La incidencia de un sangrado espontáneo en la post menopausia inmediata es aproximadamente del 10% y del 5% en todas las mujeres en menopausia, siendo las de origen uterino las de mayor frecuencia, 80%. La mayor preocupación por este evento es que ese sangrado esté manifestando la presencia de alguna patología oncológica.

1.2 Clasificación

Podemos clasificar la hemorragia genital en la post menopausia según su etiología: se la divide en funcional y orgánica, de origen genital o extra genital permitiendo una descripción ordenada de la etiología, y según su topografía: es decir, según la ubicación topográfica en el aparato genital que da origen a la misma:

Clasificación Etiológica:



Factores de riesgo

La diversidad en el origen del sangrado genital de la post menopausia, hace que los factores de riesgo sean diferentes e identificados para cada patología que provoca el sangrado, y serán descriptos en cada caso particular.

Vulva

El sangrado vulvar puede deberse a traumatismos, tumores benignos y malignos, infecciones o dermatopatías.

Debido a la rica vascularización vulvar, los traumatismos vulvares, por accidentes o coitales, pueden producir hematomas o hemorragias que deben ser tratados en forma inmediata y a veces obliga a tratamiento quirúrgico para cohibir una hemorragia o para evacuar un hematoma.

En el cáncer vulvar, la hemorragia es un síntoma tardío, precedido de otros síntomas de comienzo insidioso como prurito y ardor que no son consultados o son tratados inadecuadamente como dermatopatías. Los pólipos y verrugas vulvares pocas veces dan sangrado.

Vagina

Los tumores benignos y malignos, traumatismos, infecciones vaginales, atrofia de la mucosa, úlceras de decúbito por prolapsos provocan a veces sangrado que obliga a la paciente a la consulta.

Los tumores tanto benignos como pólipos, verrugas, hemangiomas, como los malignos primarios o secundarios por invasión desde el cuello uterino o el endometrio en su 1/3 superior por su particular circulación retrógrada en esta porción, son poco frecuentes, pero pueden provocar sangrado genital que deberá ser bien diagnosticado para su tratamiento.

Los traumatismos producen hemorragias a veces abundante por el desgarramiento de la pared vaginal, en especial en esta etapa donde la elasticidad vaginal está comprometida, siendo la causa más frecuente el traumatismo coital, seguida

por accidentes, y su resolución generalmente es quirúrgica con la sutura de la pared comprometida.

Algunas vulvovaginitis, en especial por trichomonas y la micosis vaginal muy frecuente por asociarse con la atrofia vaginal, pueden producir flujo sanguinolento, asociado a otros síntomas.

La atrofia vaginal es una de las causas más frecuente de sangrado. Los prolapsos avanzados, con exposición de cuello uterino, con su mucosa vaginal expuesta al roce, comprometida su vascularización, provoca úlceras de decúbito, cuyo sangrado no suele ser abundante pero si persistente.

La cirugía uterina, histerectomía total, con el cierre de la vagina, cúpula vaginal, puede ser origen de sangrado genital, ya sea inmediato por pedículo sangrante, o tardío por granulomas en la sutura de la cúpula vaginal. El antecedente quirúrgico, la cantidad del sangrado y la inspección vaginal nos orientara al diagnóstico.

Utero

El sangrado uterino constituye la causa más frecuente de sangrado en la post menopausia, 80%.

Debemos considerarlo en dos aspectos topográficos:

*el relacionado con el cuello uterino

*el relacionado con el cuerpo uterino

El sangrado relacionado con el cuello uterino tiene origen orgánico y puede deberse a tumor maligno de cérvix, pólipo, mioma naces o de cuello uterino. En relación al cáncer de cuello uterino suele haber antecedentes de flujo sanguinolento y fetidez por necrosis tumoral, un tiempo prolongado anterior. Es una patología poco frecuente a esta edad pero a tener en cuenta por su gravedad y en especial en pacientes sin control periódico previo (PAP). Los pólipos cervicales no suelen sangrar espontáneamente, sino en presencia de patología asociada (cáncer) o traumatismo (coital). Algunas pacientes con antecedentes de mioma uterino pueden presentar sangrado por un mioma que

va pariendo o atravesando el cuello y que por procesos traumáticos en su vascularización pueden sangrar; estos miomas nacens son poco frecuentes en esta etapa pero a tener en cuenta para su diagnóstico diferencial.

El sangrado del cuerpo uterino es la causa más frecuente de sangrado en la mujer post menopáusica. Se ha creado el término SUA para definir al Sangrado Uterino Anormal en la mujer, con una clasificación reciente que deberá adaptarse a la mujer post menopáusica.

- **Clasificación de Palm- Coein:**

<u>Palm</u>	<u>Coein</u>
*Pólipo	*Coagulopatía
*Adenomiosis	*Ovulación disfuncional
*Leiomioma	*Endometrial
*Malignidad/hiperplasia	*Iatrogénica
	*No clasificada

El SUA (sangrado uterino anormal), se lo clasifica de acuerdo a la magnitud del sangrado en:

SUA agudo: sangrado de suficiente cantidad para requerir intervención inmediata para prevenir mayor pérdida de sangre.

SUA crónico: sangrado anormal en cuanto a duración, volumen y/o frecuencia.

SUA intermenstrual: sangrado irregular en relación con la menstruación.

Estas dos clasificaciones se deben adaptar a la paciente post menopáusica.

La causa más importante de sangrado en estas pacientes es el cáncer de endometrio (10%), pero la más frecuente es el endometrio atrófico (40%-50%). Hay factores de riesgo como la obesidad, hipertensión, síndrome metabólico, diabetes que orientaran al diagnóstico del cáncer de endometrio o

patologías previas. Precediendo al cáncer de endometrio están las hiperplasias endometriales que pueden ser simples o complejas y éstas con o sin atipias, y se asocian frecuentemente con sangrado, lo cual hace posible la detección y/o prevención en forma precoz del cáncer de endometrio. Los pólipos de endometrio, suelen provocar poco sangrado y suelen tener relación con hiperplasias o con el uso de ciertos medicamentos.

El sangrado uterino de origen iatrogénico está en relación con drogas utilizadas para calmar síntomas climatéricos como la TRH (terapia hormonal de reemplazo), algunos SERMS (moduladores selectivos del receptor de estrógeno), el más usado el tamoxifeno como terapia adyuvante para el cáncer de mama que tiene una acción levemente agonista sobre el endometrio pudiendo desarrollar pólipos, hiperplasias e incluso cáncer de endometrio, o el uso de productos dermatológicos con contenido de estrógenos (piel- cabello).

2.-Cuadro Clínico

La anamnesis es fundamental para orientar el origen del cuadro clínico ante un sangrado en una mujer postmenopáusica:

Edad

Paridad

Tiempo de menopausia

Calidad del sangrado: cantidad, duración, síntomas asociados.

Drogas en uso: TRH, Tamoxifeno, Anticoagulantes, AINE

Antecedentes personales clínicos y quirúrgicos

Factores de riesgo oncológicos

Antecedentes familiares

Hay que tener en cuenta que el aparato genital femenino termina en la vulva, en cercanía de dos sistemas en los que la patología se expresa frecuentemente con sangrado y que son el aparato urinario, y el aparato digestivo.

Examen general

Se hará un examen clínico completo con el objetivo de valorar el cuadro de urgencia/emergencia dado por anemia, hipotensión, lipotimia, dolor, si la paciente está sangrando y poder tomar las medidas correspondientes: pulso, TA, orientación temporoespacial, examen de mucosas.

Reconocer el origen topográfico del sangrado nos orientará sobre su etiología y la terapéutica, por lo tanto debemos realizar una observación vulvar, anal y del meato urinario; si el cuadro lo permite un examen bimanual vaginoabdominal para evaluar vagina, cuello, útero y anexos y colocación de especulo.

3.-Estudios a solicitar

- *obligatorios (primer nivel)*
 - Hemograma completo
 - Coagulograma
 - Ecografía pelviana abdominal y/o transvaginal.

- *Estudios optativos (segundo nivel)*
 - Colpocitología oncológica
 - Histeroscopia
 - Biopsia de Endometrio

En las pacientes post menopáusicas, la línea de corte del espesor endometrial en la ecografía ginecológica es de 5mm, siendo patológico un espesor mayor si la paciente no recibe terapia hormonal; un engrosamiento endometrial (>5mm) está directamente relacionado con pólipos, hiperplasias y cáncer de endometrio.

Tener especial atención en pacientes hipertensas con el uso de uterotónicos.

Ante un sangrado abundante con compromiso hemodinámico, deberá referirse al tercer nivel de atención para ser asistido con internación.

Los estudios eventuales deberán ser realizados y evaluados por el especialista y así determinar la terapéutica específica en cada caso.

4.-Conducta inicial

Si el sangrado es de origen vulvar o vaginal se evaluará la necesidad de sutura o evacuación de hematomas y si es superficial la compresión y medidas locales (ulceras de decúbito, vulvovaginitis);

Si sangra el cuello uterino, por tumor, pólipo o mioma nactus, se derivará a un ambiente quirúrgico y al especialista previo taponaje vaginal para su resolución; se puede recurrir a la cauterización local con químico (**Solución de Monser**) o electrocoagulación si descartamos origen oncológico.

Si la paciente está sangrando y el origen presuntivo es uterino se tratará de recoger material endometrial con pipeta (aspirativa, Pipelle, endobrush) para diagnóstico cito histológico. Cuando por el examen y los antecedentes sospechamos el origen endometrial del sangrado, se usará:

-Metilergonovina 0,2mg (Basofortina) 1 amp IM o 1 comp VO cada 12hs. (uterotónico), o

-Benzoato de Estradiol 10mg combinado con **Hidroxiprogesterona 250mg (Primosiston inyectable)** 1amp IM

-continuado con **Noretisterona 2mg** combinado con **Etinil Estradiol 0,01mg (Primosiston VO)**

1 comprimido cada 8hs ,10 días.

Solo se indicará si la hemorragia es abundante para el cese de la misma, y la oportunidad de estudios complementarios.

Si el sangrado no es tan abundante y sospechamos patología endometrial hiperplásica, se indicaran progestágenos:

-Acetato de Noretisterona 5-10 mg (Primolut Nor) por día VO, 10 días, o

-Acetato de Nomegestrol 2,5-5 mg (Lutenyl) por día, 10 días.

5.-Niveles de Atención

6.- Control y Seguimiento

El uso de drogas uterotónicas y hormonales deben evaluarse en cada caso en relación al tipo de paciente y los factores de riesgo. Los estrógenos sintéticos y los progestágenos son promotores de tromboembolismo, en especial en mujeres obesas, con HTA, cardiopatías, diabetes, varices, por lo tanto minimizar su uso en estos casos.

En situaciones especiales, para controlar una hemorragia de origen uterino, se realizará raspado uterino en quirófano, con fines diagnóstico y terapéutico.

8.-Bibliografía

- Izetbegovic S et al “Futures of post menopausal uterine haemorrhage” Med Arch. 2013 Dec; 67(6): 431-4.
- Munro M G et al “Investigation of woman with post menopausal uterine bleeding: Clinical practice recomendations” Perm J 2014 Winter; 18(1): 55-70 Southern California Permanent Medical Group’s Abnormal Uterine Bleeding Working Group.
- Cho H J et al “Investigations for postmenopausal uterine bleeding: Special considerations for endometrial volumen” Arch Iran Med 2013 Nov; 16(11): 665-70.
- Bocanera R “Metrorragia en la posmenopausia y sangrado uterino anormal durante la terapia hormonal” Climaterio AAPEC 2006; 6: 982-90.
- Özdemir S et al.”Relation of metabolic síndrome with endometral pathologies in patients whith abnormal uterine bleeding” Gynecol Endocrinol.2015; 31(9):725-