



METORRACIA

Definición: pérdida sanguínea resultado de un proceso anormal.

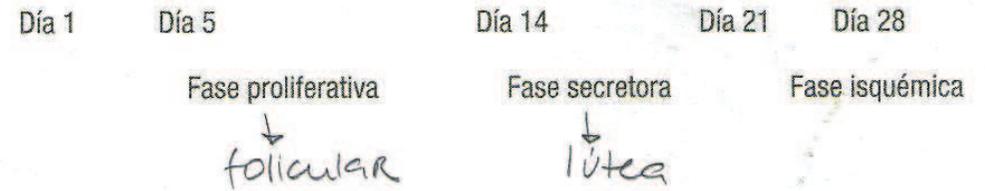
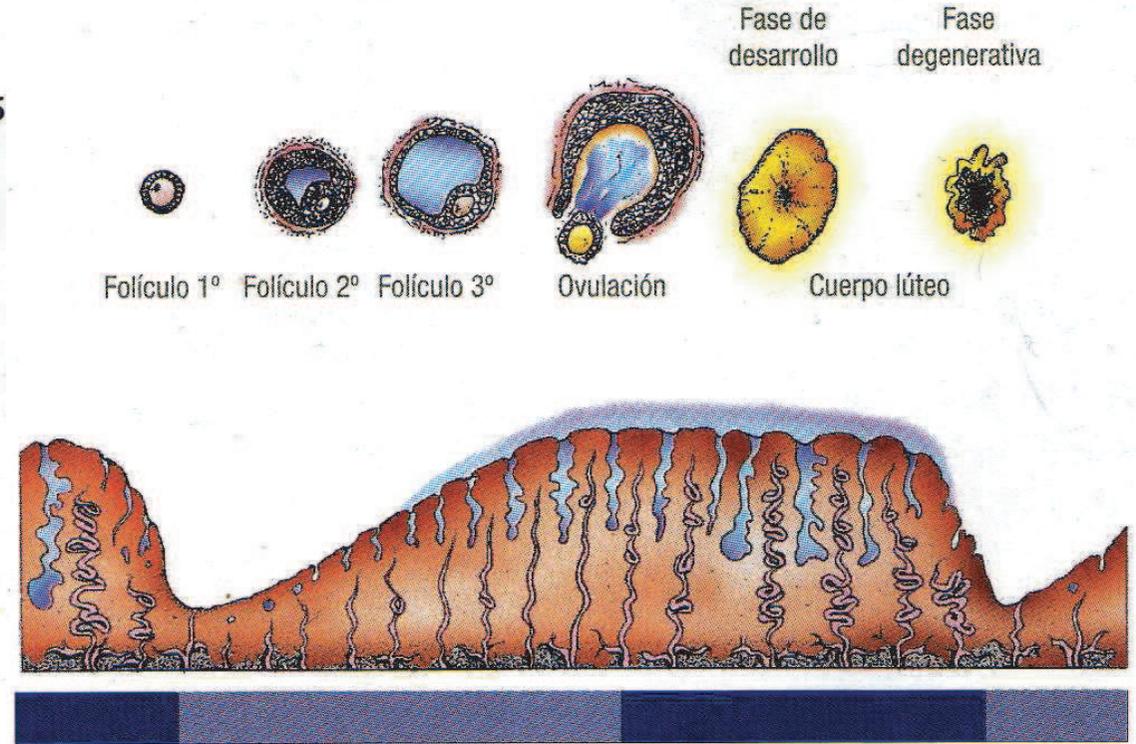
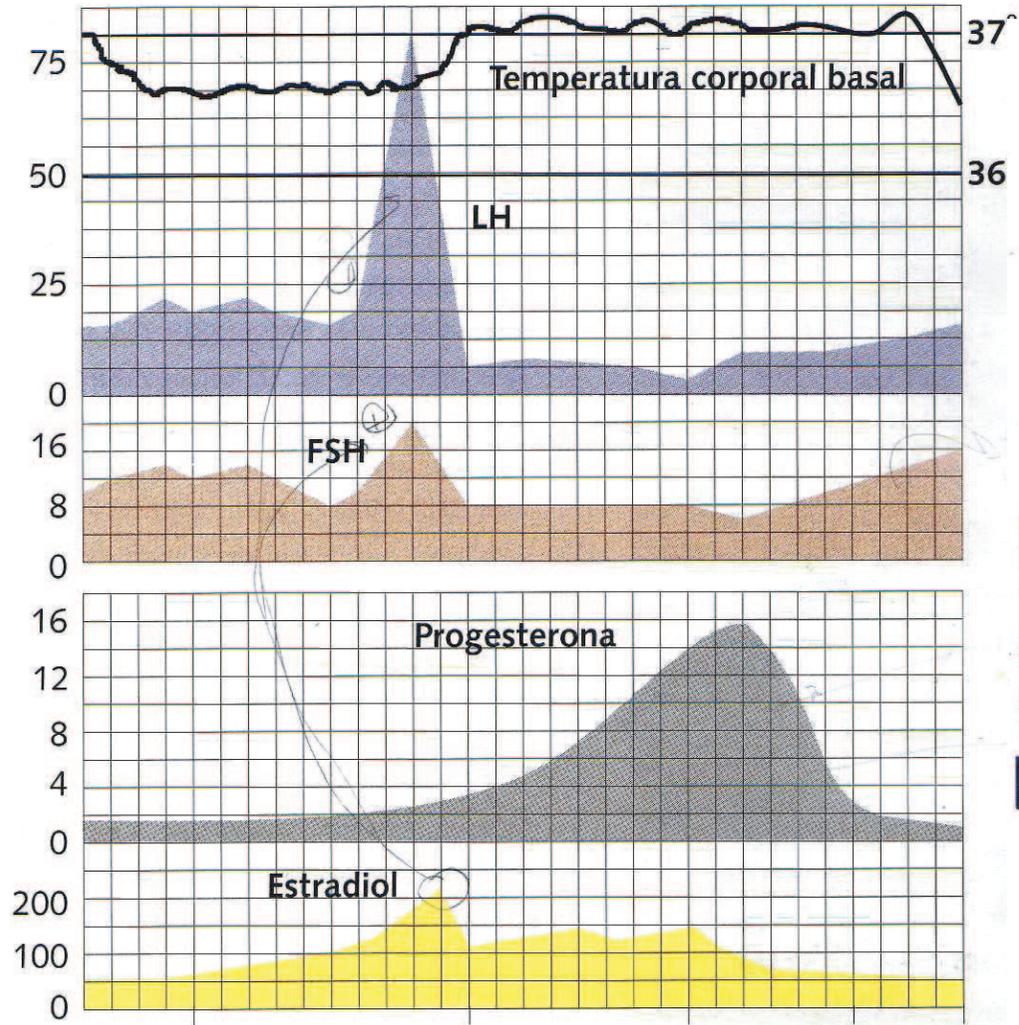
Etimológicamente: se define como todo lo que fluye del útero ya sea sangre, pus o moco. Por costumbre se designa con este término cualquier pérdida sanguínea uterina excluida la menstruación la cual definimos como hemorragia uterina que aparece mensualmente como consecuencia de un ciclo bifásico.

Terminología

Ciclo menstrual puede dividirse en 4 fases funcionales:

- 1) fase folicular***
- 2) fase ovulatoria***
- 3) fase lútea***
- 4) fase menstrual***

Estas fases están determinadas por un sincronismo en los niveles de gonadotrofinas, estrógenos, progesterona, prolactina, inhibina y andrógenos y por las fluctuaciones en la pulsatilidad de la Gn.RH hipotalámica.



fase folicular *fase ovulatoria* *fase lútea* *fase menstrual*

El lapso entre 2 menstruaciones es por lo común de **28 días**, contados entre el 1er día de una de ellas y el comienzo de la siguiente. La duración de la hemorragia es de **3 a 5 días** y se pierden entre **50 y 120 ml** de sangre incoagulable. De todas maneras se acepta como **normales los ciclos que se cumplen entre los 21 y 35 días y las reglas cuando abarcan de 2 a 7 días.**

La mujer que menstrúa cada 28 días habitualmente ovula el día 14 del ciclo, de modo que las 2 fases (folicular y luteínica) son prácticamente iguales. Cuando la menstruación no se produce en los términos considerados normales, la causa radica en el **ovario**, puesto que es el responsable del **ritmo sexual**, mientras que la **duración** de la regla, así como la **cantidad** de sangre perdida, dependen casi siempre del **útero**.

Las alteraciones del ritmo o de la cantidad pueden ser **primarias** si se establecen desde las primeras menstruaciones o **secundarias** cuando se instalan posteriormente en el curso de la vida sexual y a su vez serán puras o asociadas entre sí. Para catalogarlas como tales deben presentarse en forma repetida puesto que una perturbación aislada carece de significado.



Alteraciones del ciclo menstrual:

Tipo de alteración

Denominación

*Alteración del ritmo

POLIMENORREA (<21 días)
OLIGOMENORREA (> 35 días)

*Alteración de la cantidad

HIPERMENORREA >120ml)
HIPOMENORREA (<50ml)

*Alteración de la duración

MENOMETRORRAGIA (>7días)

Etiologías:

causas numerosas y de muy diferente carácter. Las podemos dividir en 2 grandes grupos:

A) Metrorragia con origen orgánico conocido.

B) Metrorragia no causadas por patología orgánica o hemorragia uterina disfuncional.

A) Metrorragia con origen orgánico conocido.

Dentro de este grupo se puede dividir según tengan o no relación con el proceso reproductivo. Se clasifican en: metrorragias gravídicas y no gravídicas.

1) GRAVIDICAS

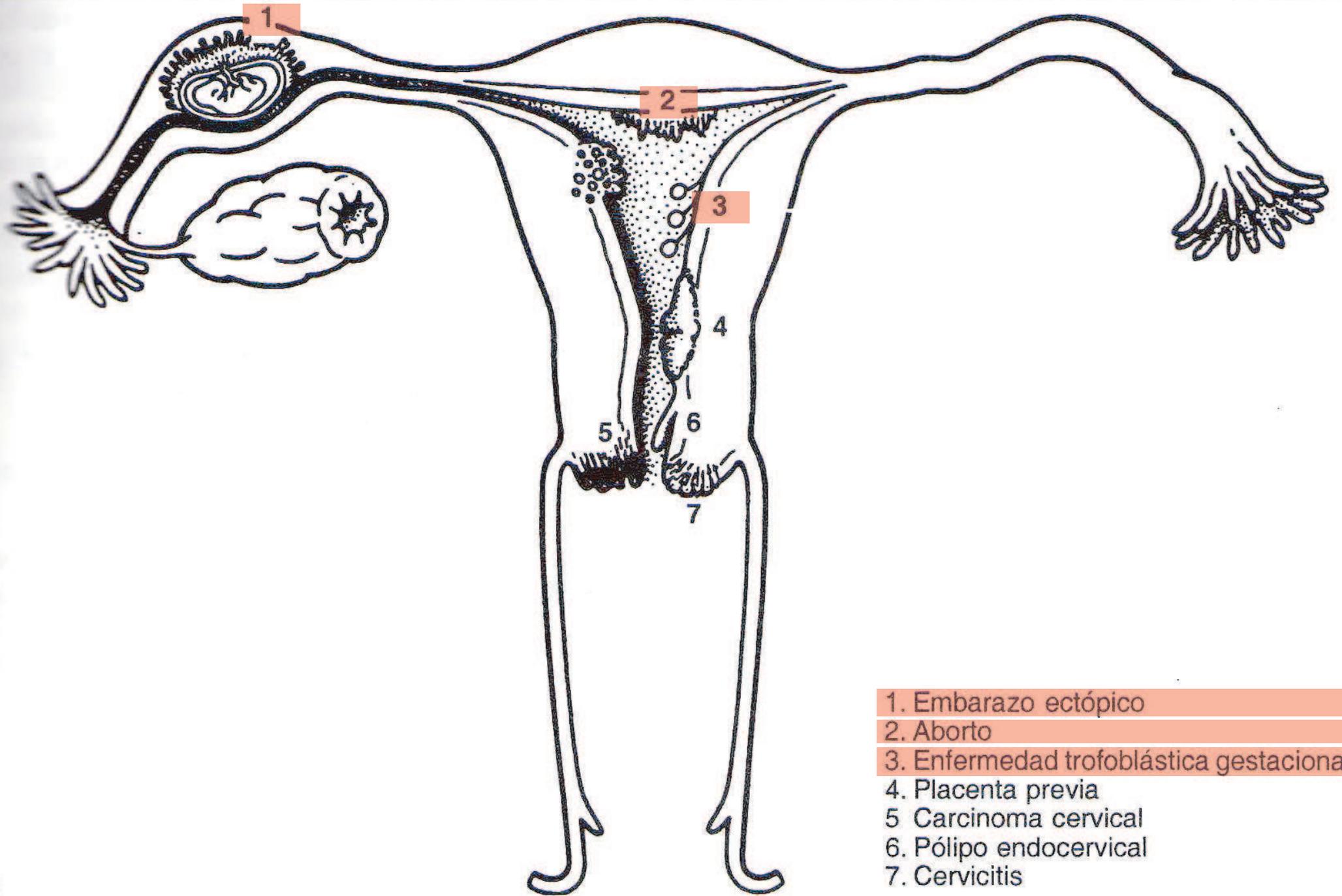
1ER TRIMESTRE; Aborto, Embarazo ectópico, Enfermedad trofoblástica.

2DO y 3ER TRIMESTRE; Placenta previa, DPPNI (desprendimiento prematura de la placenta normo inserta), Amenaza de parto prematuro, Rotura de la vasa previa, Rotura uterina.

2) NO GRAVIDICAS

****CERVICALES;*** Ectopia, Pólipo, Cáncer.

****CORPORALES;*** Pólipo endometrial, Hiperplasia endometrial, Adenomiosis, Miomas (neoplasias benignas, la hemorragia no guarda relación con el tamaño de la tumoración pero sí con su localización, siendo más frecuente en los miomas submucosos e intersticiales que en los subserosos), Carcinomas y Sarcomas (neoplasias malignas, los 1ros excepcionalmente se presentan por debajo de los 40 años; se originan del tejido epitelial. Los Sarcomas son procesos malignos que se originan del tejido conectivo)



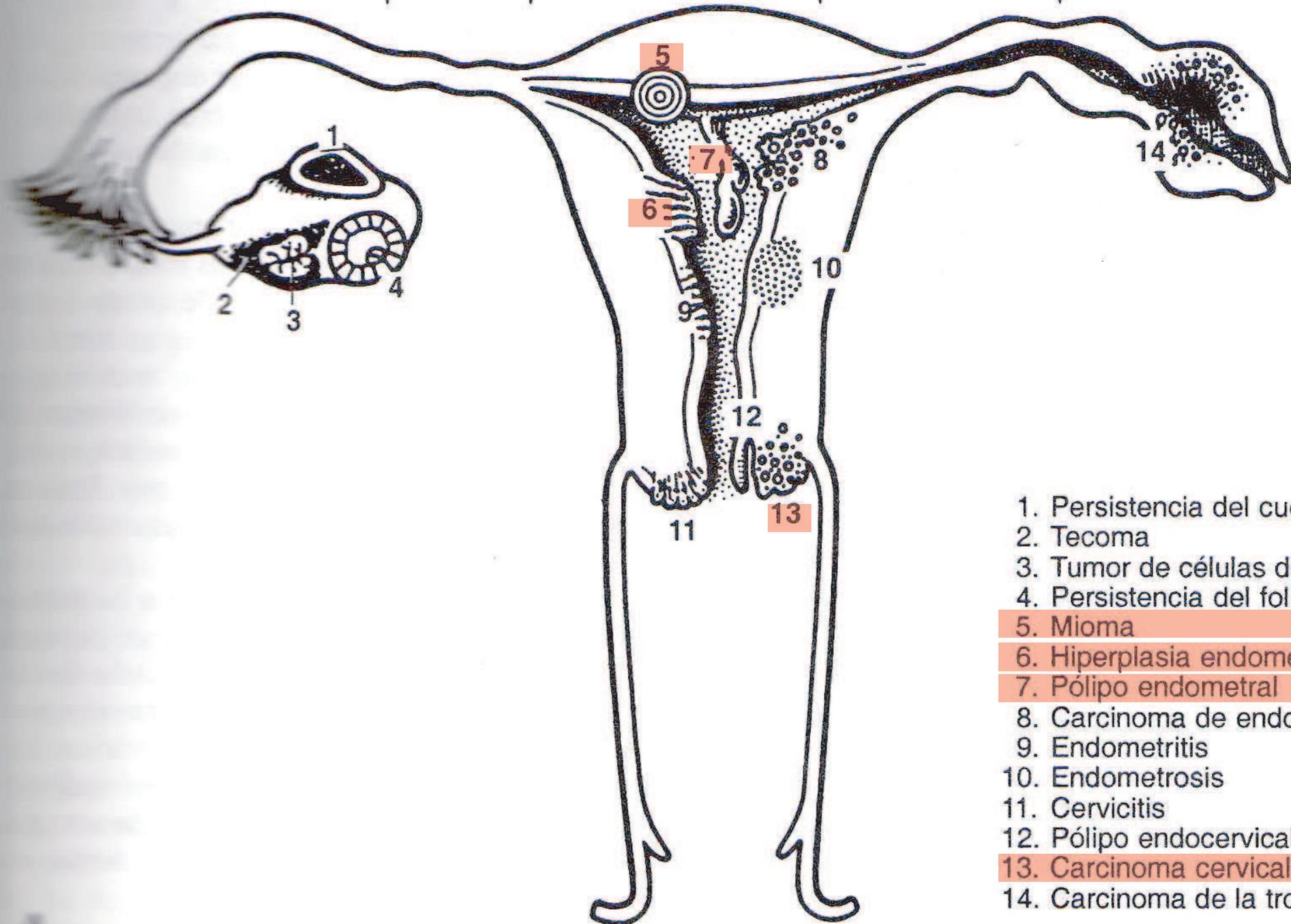
1. Embarazo ectópico
2. Aborto
3. Enfermedad trofoblástica gestacional
4. Placenta previa
5. Carcinoma cervical
6. Pólipo endocervical
7. Cervicitis

Iatrogenia

Hemopatías

Trastornos psíquicos

Endocrinopatías



1. Persistencia del cuerpo lúteo
2. Tecoma
3. Tumor de células de la granulosa
4. Persistencia del folículo
5. Mioma
6. Hiperplasia endometrial
7. Pólipo endometrial
8. Carcinoma de endometrio
9. Endometritis
10. Endometriosis
11. Cervicitis
12. Pólipo endocervical
13. Carcinoma cervical
14. Carcinoma de la trompa

B) Metrorragia no causadas por patología orgánica o hemorragia uterina disfuncional.

Las definimos como la hemorragia anormal procedente del endometrio, no causada por patología orgánica.

Según con su relación con el ciclo ovárico las dividimos en:

1) OVULATORIAS:

****Spotting ovulatorio;*** 60-94% mujeres que ovulan presentan hemorragia uterina, la causa parece ser la caída de estrógenos circulantes que se produce tras la ruptura folicular.

**** Deficiencia folicular ó lútea***

****Enfermedad de Halban;*** excesiva actividad de la LH, ocasiona persistencia del cuerpo lúteo.

****Alteración de las prostaglandinas;*** actúan en la hemostasia endometrial por lo tanto su alteración el síntesis origina hemorragia uterina.

****Alteración de la coagulación-fibrinólisis***

****Sustancias heparina-like en el endometrio***

***Acción hormonal:**

Endógena:

_Quistes y tumores funcionantes ováricos, las neoplasias tubaricas y la esterilización quirúrgicas, el ectópico extrauterino.

_Trastornos de la nutrición por defecto o por exceso, en el 1er caso por alteración del eje hipotalámico-hipofiso-ovarico y en el 2do por alteración hormonal periférica; mayor conversión de andrógenos en estrógenos.

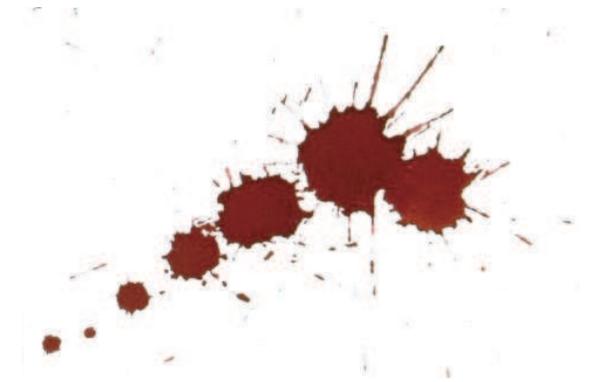
_Trastornos autoinmunitarios (artritis reumatoide, tiroiditis de Hashimoto, lupus eritematoso sistémico)

Exógena;

_Ciertos fármacos que actúan a nivel hipotalámico. (ej morfina); la ingestión de hormonas bien como fármacos; anticonceptivos, tto sustitutivo en menopausia o involuntariamente con los alimentos (carnes de animales engordados con estrógenos).

_Debilidad miometrial y congestión pelviana. Alteraciones vasculares endometriales.

_Causas generales; patologías suprarrenales, patologías tiroideas, hepatopatías (provocan alteración del metabolismo normal de las hormonas esteroideas que se acompañan de alteraciones menstruales), diabetes, discrasias sanguíneas (enfermedad de Von Willebrand, deficiencia de protombina, púrpura, etc), anemia (la anemia ferropénica puede ser causa de cuadros de menorragia debido al déficit de contracción miometrial por falta de hierro), hipertensión, insuficiencia renal-hemodiálisis (pacientes con nefropatía crónica y sometidas a hemodiálisis presentan disfunción menstrual debido a modificaciones en las cifras de esteroideos sexuales y a la hiperprolactinemia); psicológicas (estrés y situaciones emocionales conflictivas).



2) ANOVULATORIAS:

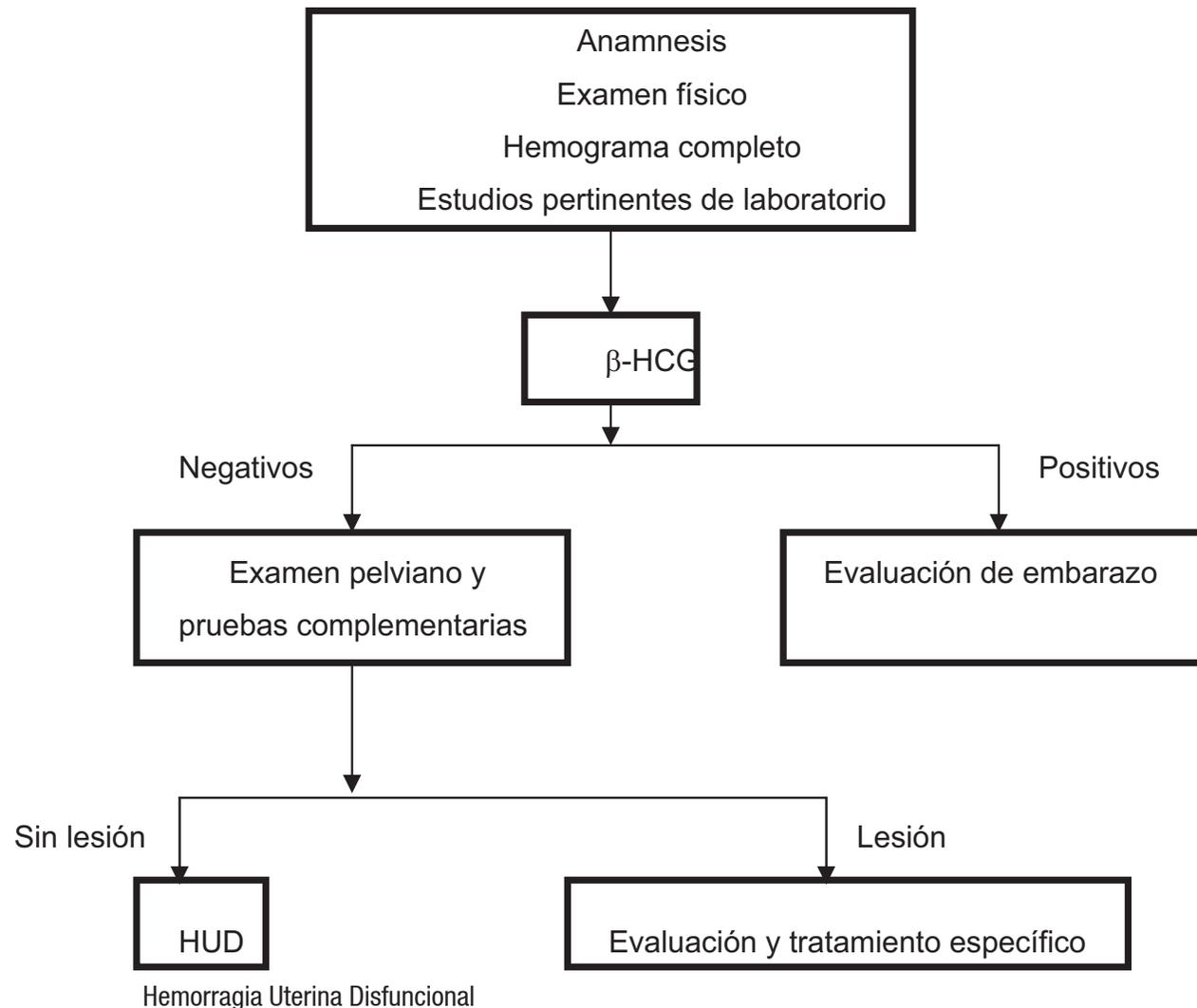
***Hiperestronismo;** máximo exponente es el síndrome de ovario poliquístico, (índice LH/FSH elevado, hiperandrogenismo más o menos ligero, obesidad e hirsutismo).

***Alteración de las prostaglandinas**

***Alteración de la coagulación- fibrinólisis**

Diagnóstico

Nunca debe instaurarse un tratamiento sintomático sin antes haber llegado a un diagnóstico etiológico seguro.



Anamnesis

-Historia clínica detallada; edad, antecedentes familiares y personales, alteraciones nutricionales y factores psicógenos y emocionales predisponentes.

-Causas de la hemorragia uterina anormal

-Fórmula menstrual, incluye flujo menstrual habitual, la asociación de signos y síntomas y el tiempo que ha durado la hemorragia.

-Antecedentes sexuales y anticonceptivos

-Antecedentes ginecológicos y obstétricos.

-En caso de embarazo, averiguar edad gestacional a partir de la fecha de la última regla y los síntomas acompañantes de la metrorragia.

Examen físico:

- Biotipología (por ejemplo en la obesidad hay un aumento de la conversión de androstendiona a estrógenos)
- Examen físico general; debe buscar evidencias de enfermedades sistémicas, palpase la glándula tiroides, evaluarse el hígado, la piel para detectar enfermedad suprarrenal.
- Presión arterial, temperatura y peso.
- Evaluación pelviana, incluye inspección de la vulva, vagina y recto como posibles sitios de hemorragia.
- Especuloscopía y examen bimanual.

Pruebas de laboratorio:

- Hemograma completo
- Beta-HCG en suero
- Prolactina
- Pruebas de función tiroidea
- Andrógenos séricos
- Nivel de progesterona de fase luteínica media
- Gonadotrofinas hipofisarias
- Factores de coagulación
- Pruebas renales y hepáticas
- Pruebas función suprarrenal.

Pruebas complementarias

-Ecografía ginecológica

-Colposcopia (visualización del cérvix)

-Histeroscopia (visualización directa cavidad uterina)

-Citología endometrial

-Legrado-biopsia (puede realizarse en consulta, consigue mucosa para estudio histológico endometrial)

-Legrado fraccionado (en quirófano, con anestesia)

Tratamiento

Con el diagnóstico de metrorragia es importante descartar una emergencia médica.

El tratamiento está enfocado a 3 objetivos fundamentales:

- 1) Cohibir la hemorragia.***
- 2) Regular el ciclo.***
- 3) Tratar la ferropenia y la anemia.***

1) *Cohibir la hemorragia.*

1) ***Hemorragia Orgánica;*** se realizará tto en función de la causa que originó el sangrado

2) ***Hemorragia Uterina disfuncional (HUD);*** se prefiere el tratamiento médico al quirúrgico al no existir una causa orgánica que la produzca.

Podemos diferenciar 3 situaciones:

* HUD aguda que precisa ingreso hospitalario (mal estado general, Hb < 10g/dl mal tolerada, metrorragia abundante).

* HUD aguda que no precisa ingreso hospitalario (hemorragia activa en paciente hemodinamicamente estable con o sin anemia moderada)

- Para detener la hemorragia aguda:

Si existe una cantidad de endometrio residual suficiente para responder se darán: **Anticonceptivos hormonales orales (AHO) monofásicos** (1c/8hs 3 días, 1c/12hs 3 días, 1c/24hs de 15-20días. Si continúa el sangrando tras 3 días de tratamiento, 1c/8hs 7días, 1c/12hs 7días y 1c/24hs 15días).

Si no existe una cantidad de endometrio residual suficiente para responder se darán:

Estrógenos Conjugados Equinos (ECE) vo asociados a Gestágenos (2,5mg/24hs de ECE los 7-10 primeros días después 1,25mg/día hasta un total de 21-25días, asociando gestágenos los últimos 10-12 días)

En ambos casos de debe continuar 3-6meses con **AHO o gestágenos en la 2da fase del ciclo.**

-Si la hemorragia no cede se realizará legrado uterino.

*HUD crónica:

-Tratamiento médico:

*AHO o gestágenos en la 2da fase del ciclo.

*Anti-PG: inhiben la ciclo-oxigenasa. Reducen hasta un 30% la cantidad del sangrado, todos excepto el AAS. Se usan durante los días de la regla cada 6-8 horas. Los más utilizados: **Acido mefenámico (COSLAN, 250mg); 500mg seguidos 250mg/4-6horas. Máximo 1500mg/día. Duración máximo 7 días.** Otros: Naproxeno, piroxicam, ibuprofeno, diclofenaco.

*Antifibrinolíticos: disminuyen la actividad fibrinolítica. Reducen hasta un 50% la cantidad del sangrado. Se utilizan los días de la regla.

**Ácido tranexámico (AMCHAFIBRIN 500mg);
vo 500-1500mg/2-3veces/día. Máximo 5 días.
im: dosis ataque 0,5/1gr 4-6hs
mantenimiento 0,5g 8-12hs
iv: en infusión.**

***Análogos GNRH:** generalmente se utilizan si existe patología orgánica (mioma, hiperplasia, pólipo endometrial, etc).

* **DIU medicado con LNG;** reduce el sangrado hasta en el 90% de los casos al favorecer el gestágeno la atrofia endometrial. No es infrecuente que la mujer tenga amenorrea o algún episodio de goteo irregular.

-Tratamiento quirúrgico:

cuando fracasan o están contraindicados los tratamientos hormonales.

*Legrado uterino

*Ablación endometrial histeroscópica.

*Histerectomía; último recurso, generalmente aplicado cuando han fracasado el resto de tratamientos conservadores.

2) Regular el ciclo (por ginecología).

- Inductores de la ovulación si desea descendencia.
- Anticonceptivos orales durante 3-6 meses si no desea descendencia.
- Histerectomía en mujeres posmenopáusicas.

3) Tratar la ferropenia y la anemia.

- Evaluar situación hematológica con hemograma y estudio de coagulación.

PROTOCOLO DE ACTUACION EN URGENCIAS

Sin otra clínica, diferenciar:

-Obstétrica -Ginecológica

OBSTETRICA:

-Gestación de > 14 semanas -----DERIVAR A HOSPITAL DONOSTIA

-Gestación de < 14 semanas:

Abundante sangrado: Realizar hemograma y remitir a GINECOLOGIA URGENTE

Escaso sangrado: Remitir a GINECOLOGIA AL DIA SIGUIENTE

GINECOLOGICA:

-Premenopáusica:

Escaso sangrado: Remitir a GINECOLOGIA AMBULATORIAMENTE

Abundante sangrado: Realizar hemograma y según:

Hb<10 ---- GINECOLOGIA URGENTE

Hb>10 ---- Remitir a GINECOLOGIA AMBULATORIO/HOSPITAL AL DIA

SIGUIENTE

-Postmenopáusica:

Escaso sangrado: Remitir a GINECOLOGIA AL DIA SIGUIENTE

Abundante sangrado: Realizar hemograma y avisar a GINECOLOGIA URGENTE.

Gracias