

## CAPÍTULO 7

# ALTERACIONES MENSTRUALES POR EXCESO

*“Puede suceder lo que sea; siempre hay uno que lo veía venir”*

*Fernandel*

JOSÉ LUIS DUEÑAS DÍEZ

EDUARDO LÓPEZ ARREGUI

JOSÉ VICENTE GONZÁLEZ NAVARRO

JUAN ORDÁS SANTO TOMÁS

RAFAEL SÁNCHEZ BORREGO

## INTRODUCCIÓN

El ciclo menstrual normal viene determinado, desde el punto de vista clínico, por tres parámetros inter-relacionados: la duración del sangrado menstrual, la intensidad del mismo y el intervalo entre las menstruaciones. Actualmente, se aceptan como parámetros de normalidad, una duración del período de sangrado de 2 a 6 días, una cantidad de fluido menstrual entre 30 y 80 ml por ciclo y un intervalo de tiempo entre dos menstruaciones que oscila entre 26 y 35 días. La modificación de cualquiera de estos parámetros puede dar lugar a diferentes tipos de trastornos menstruales, tanto por exceso como por defecto. Los tipos clínicos de las alteraciones menstruales por exceso (tabla nº 1) son: la polimenorrea, la proiomenorrea, la hipermenorrea, la menorragia y la metrorragia. Con frecuencia, se produce un cierto confusionismo terminológico que hace que términos que expresan conceptos diferentes, se empleen como sinónimos. A fin de evitar errores semánticos y de unificar criterios, procederemos a definir cada uno de los

**Tabla 1.** Clasificación de la alteraciones menstruales por exceso

| Tipo de alteración menstrual                      | Características                                     |
|---|---|
| – Polimenorrea, Proiomenorrea o ciclos acortados. | Intervalo menstrual inferior a 25 días.             |
| – Hipermenorrea*.                                 | Cantidad de fluido menstrual superior a 80ml/ciclo. |
| – Menorragia*.                                    | Asociación de Hipermenorrea y Polimenorrea.         |
| – Metrorragias.                                   | Sangrado irregular.                                 |

\*Ambos términos podrían sustituirse por “Exceso de sangrado menstrual”.

tipos clínicos de las alteraciones menstruales por exceso.

Los términos *polimenorrea* y *proiomenorrea* se utilizan, actualmente, para definir aquellas alteraciones menstruales que cursan con un intervalo, entre dos menstruaciones, inferior a **v e i n t e r i c i o** días. Ambos términos en origen definían conceptos diferentes. El término “proiomenorrea” se reservaba para definir el “acortamiento del intervalo menstrual”, mientras que el de “polimenorrea” expresaba el “exceso de duración del número de días de sangrado menstrual”. Sin embargo, el empleo en los países anglosajones del término “polymenorrhoea” para referirse al acortamiento del intervalo entre dos menstruaciones, hizo que en los países hispano-parlantes, *polimenorrea* se hiciera sinónimo de *proiomenorrea* y, éste último, se abandonase. Aunque actualmente pueden emplearse ambos términos como sinónimos, para evitar equívocos se tiende a emplear “*acortamiento del ciclo*” para definir este tipo de alteración menstrual por exceso.

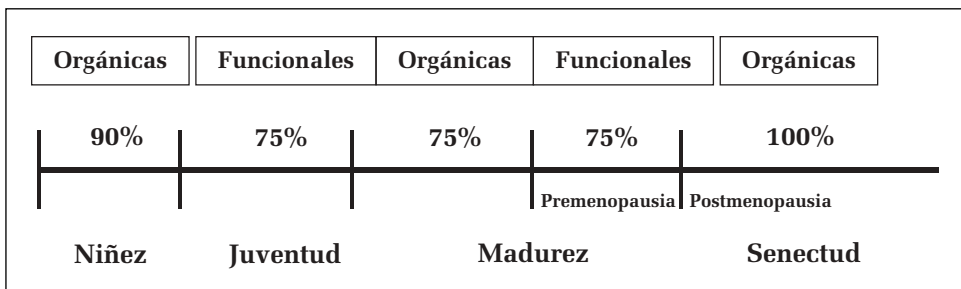
Polimenorrea, proiomenorrea y acortamiento del ciclo menstrual pueden emplearse como sinónimos

El término *hipermenorrea* expresa un incremento de la cantidad de sangrado menstrual superior al normal, estimado en 80 ml/ciclo. *Menorragia* se reserva para expresar las

alteraciones que cursan con un intervalo normal pero asociado a un incremento de la cantidad y de la duración del sangrado. Aunque estos términos no generan confusión, sí pueden resultar difíciles de recordar para aquellos profesionales de la Salud que no están específicamente relacionados con la Salud Femenina, por lo que puede emplearse como sinónimo el término “sangrado menstrual excesivo” o “*exceso de sangrado menstrual*”. Finalmente, la *metrorragia* define a cualquier sangrado irregular.

### ETIO-PATOGENIA DE LAS ALTERACIONES MENSTRUALES POR EXCESO

Algunas de las causas que dan lugar a alteraciones menstruales por exceso son comunes en los diferentes períodos de la vida de la mujer (adolescencia, etapa de madurez reproductiva, climaterio y senectud). Sin embargo, existen diferencias etio-patogénicas en los diferentes períodos que es preciso analizar por la repercusión que tienen en la orientación diagnóstica de cada caso. Genéricamente pueden dividirse en dos grandes grupos. Uno que engloba todas las causas de origen orgánico y otras en las que se incluiría la etiología exclusivamente funcional. Las causas orgánicas son las más frecuentes en la etapa de



**Figura 1.** Crono-patología de las alteraciones menstruales por exceso.

Las alteraciones menstruales por exceso de causa funcional son las más frecuentes durante la adolescencia

madurez reproductiva (75%), en la postmenopausia y en la senectud (100%), mientras que las funcionales predominan durante la adolescencia y el climaterio pre-menopáusico (75%) (figura nº 1).

### CAUSAS ORGÁNICAS

Durante la etapa pre-puberal las causas orgánicas más frecuentes son las lesiones vulvo-vaginales, la presencia de cuerpos extraños en la vagina, la pubertad precoz, la existencia de algunos tumores raros, pero muy específicos de esta etapa de la vida, como son los tumores de las células germinales del ovario, el rabdomiosarcoma y el adenocarcinoma de células claras de la vagina observado, este último, con frecuencia en las hijas de mujeres tratadas con dietil-estil-bestrol durante el embarazo. No hay que olvidar las causas yatrogénicas, la mayor parte de las veces relacionadas con la administración accidental de

**Tabla 2.** Alteraciones menstruales por exceso de causa orgánica. Etio-patogenia comparada en las diferentes etapas de la vida

| Etapa Pre-Puberal       | Adolescencia                  | Madurez        | Pre-Menopausia      | Post-Menopausia       |
|-------------------------|-------------------------------|----------------|---------------------|-----------------------|
| Vulvo-Vaginitis         | Gestación                     | Gestación      | Miomas              | Patología Endometrial |
| Cuerpos Extraños        | Endocrinopatías <sup>1</sup>  | Yatrogenia     | Quistes Ovario      | Prolapsos Genitales   |
| Pubertad Precoz         | Alt. Coagulación <sup>2</sup> | Miomas         | Pólipos Endometrio  | Colpitis atrófica     |
| Yatrogenia (esteroides) | Yatrogenia <sup>3</sup>       | Pat. Cervix    | Disfunción Tiroidea | Yatrogenia (THS)      |
| Abusos Sexuales         | Tumores Ovario <sup>4</sup>   | Disf. Tiroidea | Gestación           | T. Ovario (malignos)  |
| Traumatismos            |                               | T. Ovario      | T. Ovario           |                       |
| Prolapso Uretral        |                               |                |                     |                       |
| Tumores <sup>5</sup>    |                               |                |                     |                       |

<sup>1</sup> Cushing, Hipotiroidismo e Hiperplasia Suprarrenal Congénita.

<sup>2</sup> Púrpura Trombocitopénica Idiopática, enf. Von Villebrand, E. De Glanzmann, Anemia de Fanconi y Talasemia.

<sup>3</sup> Cosméticos, Anabolizantes, Corticoides, Contraceptivos Orales, Hormonas Esteroides.

<sup>4</sup> Tumores funcionantes del ovario: Tecomas, Tumores de la células de la granulosa.

<sup>5</sup> Hemangiomas, Rabdomiosarcoma, Adenocarcinoma de células claras de vagina, Tumores de las células germinales del ovario.

estrógenos por vía tópica . En la tabla nº 2 pueden

observarse, de forma comparativa, las causas que

La Hemorragia Uterina Disfuncional (HUD) es un término genérico que engloba a todas las alteraciones menstruales por exceso de causa funcional

dan lugar, con mayor frecuencia, a las alteraciones

menstruales por exceso de causa orgánica.

La manifestación clínica más frecuente de una HUD de etiología anovulatoria suele ser el sangrado menstrual excesivo

La manifestación clínica más frecuente de una HUD ovulatoria suele ser el acortamiento del ciclo (proiomenorrea o polimenorrea)

## FUNCIONALES

Las alteraciones menstruales por exceso en la adolescente y en la etapa premenopáusicas responden a una causa funcional en el 75% de los casos (frente al 25% en la madurez). Actualmente, a todas ellas se las engloba bajo el término común de **Hemorragia Uterina Disfuncional** (HUD) que incluye a un conjunto de alteraciones menstruales por exceso, originadas por la existencia de ciclos anovuladores, o de alteraciones de la función del cuerpo lúteo. Entre un 10 y un 15% de todas las mujeres que acuden a una consulta de ginecología, presentan una HUD, pero donde su diagnóstico es más común es en las adolescentes. Atendiendo a su etiología las HUD pueden clasificarse en:

- *Anovulatorias*: la hemorragia se produce como consecuencia de un estímulo prolongado de los estrógenos sobre el endometrio, en ausencia de progesterona. Esta es la causa más frecuente durante la adolescencia, siendo su principal manifestación clínica la **menorragia** o el **sangrado menstrual excesivo**.
- *Ovulatorias*: la hemorragia es causada, generalmente, por una insuficiencia del cuerpo lúteo. La producción reducida de estrógenos y de progesterona durante la segunda mitad del ciclo menstrual, condiciona también una duración de éste anormalmente corta. Suele manifestarse clínicamente como un **acortamiento del ciclo**, precedida o no, por un pequeño sangrado (spotting) pre-menstrual y presentarse con frecuencia en la adolescente, una vez adquiridos los ciclos ovulatorios.

Ante una HUD en una adolescente lo primero que debemos de preguntarnos es: ¿Existe compromiso sistémico que justifique una intervención terapéutica?

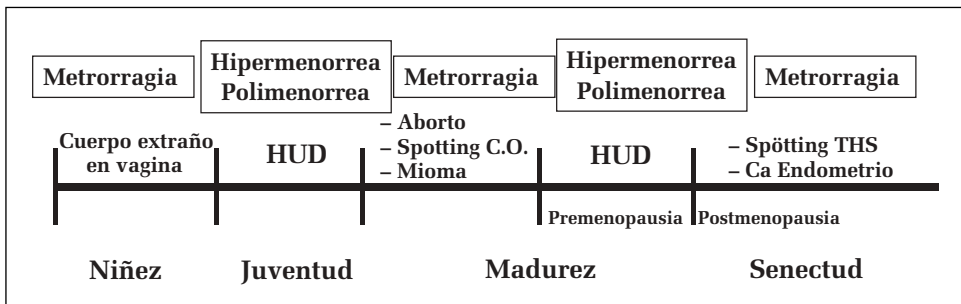
El principal factor etiológico es la inmadurez del eje hipotálamo-hipófisis-ovario, especialmente en los primeros 18 meses tras la menarquía, siendo secundaria en el 70% de los casos a ciclos anovulatorios. De hecho, se ha observado que entre el 55 y 82% de todos los ciclos, son anovulatorios en las adolescentes que se

encontraban en los dos primeros años post-menarquía, entre el 30 y el 55% cuando el período de tiempo transcurrido se situaba entre los dos y los cuatro años, e incluso se detectaba en el 20% de las jóvenes que habían sobrepasado los cinco años post-menarquía. Las HUD de las adolescentes secundarias a una insuficiencia del cuerpo lúteo son mucho menos frecuentes y suelen aparecer en una fase de la adolescencia más tardía que las causadas por los ciclos anovulatorios.

A diferencia de lo que ocurre en la adolescencia, en la etapa reproductiva las alteraciones funcionales se deben, al igual que en la fase precoz de la premenopausia, a una insuficiencia del cuerpo lúteo que condiciona un descenso precoz de los niveles de estrógenos y de progesterona, induciendo un adelanto de la menstruación y, en consecuencia, originando ciclos cortos.

En la HUD se plantea una cuestión muy importante que afectará especialmente al tratamiento ¿Hasta dónde llega la fisiología y donde comienza la patología? La respuesta va a depender siempre del impacto sistémico que tiene el sangrado para cada mujer, lo que nos conducirá a adoptar posturas intervencionistas, desde el

Si la expresión clínica de la alteración menstrual es una hemorragia acíclica, la causa más probable es la orgánica



**Figura 2.** Crono-patología de las alteraciones menstruales por exceso de una mujer con mala suerte.

punto de vista terapéutico, en aquellos casos en los que el sangrado plantee un compromiso sistémico y a adoptar una actitud expectante, sin intervencionismo, en el caso contrario.

En conjunto, las alteraciones menstruales por exceso, sean de causa funcional u orgánica, constituyen un problema frecuente para la mujer, en general y para las adolescentes en particular, hasta el punto de que la inmensa mayoría de las mujeres presentan alguna alteración, al menos una vez en su vida y muchas otras las tendrán presentes, por diferentes etiologías, en cada una de las etapas de su vida. En la figura nº 2 se representa lo que podría ser la cronopatología de las alteraciones menstruales a lo largo de toda la vida de una mujer con mala suerte.

## ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA

En general, cuando nos encontramos, en la práctica clínica, con una mujer que presenta una alteración menstrual por exceso, inicialmente hay dos factores a considerar que son claves: la edad y el tipo clínico de alteración menstrual. Ambos datos, se obtienen en la elaboración de la

**Tabla 3.** Alteraciones menstruales por exceso: orientación diagnóstica

- 
- ⇒ **Exploraciones mínimas recomendadas:**
    - Inspección general, genitales externos, vagina y cérvix.
    - Palpación abdominal.
  - ⇒ **Exploraciones convenientes:**
    - Palpación del tiroides, mamas y genitales internos.
  - ⇒ **Pruebas complementarias imprescindibles en adolescentes:**
    - Estudio de la coagulación.
    - Peso, talla y T.A.
- 

Ecografía, estudio endocrino o laparoscopia no son necesarios salvo que la sospecha de patología orgánica subyacente lo aconseje.



anamnesis, donde además de precisar con detalle las características del sangrado (intensidad, duración, cronología, relación o no con el ciclo o con el coito), interesa también ahondar en los antecedentes familiares, especialmente en los de cáncer de ovario y de mama, la conducta sexual (conductas de riesgo de ETS por su relación con el cáncer del cérvix) y en los tratamientos farmacológicos, con especial interés en los tratamientos con hormonas esteroideas. Al final de la anamnesis podremos establecer el tipo de alteración menstrual y las hipótesis diagnósticas que puedan perfilar la/s causa/s más probables del sangrado. Si llegamos a la conclusión de que se trata de una hemorragia acíclica (metrorragia y/o spotting) la causa, probablemente, será de tipo orgánico y dependiendo de la edad, el diagnóstico más probable será, en la niña en la etapa prepuberal, un cuerpo extraño o una vulvo-vaginitis, en la adolescente la gestación, las alteraciones de la coagulación o la yatrogenia, en la etapa de madurez y en la premenopausia la gestación, la yatrogenia, la patología tumoral benigna del útero o la patología tiroidea y en la mujer postmenopáusica la patología endometrial o la tumoral ovario-dependiente.

La inspección de los genitales externos y de la vagina y el cérvix (mediante valvas o espéculo), junto con la palpación abdominal, pueden ser elementos muy útiles en el diagnóstico diferencial. Es conveniente asociar a las anteriores la palpación mamaria, la del tiroides y la de los genitales internos (tacto). En ocasiones es obligada, como en el caso de las adolescentes, la realización de un estudio básico de coagulación, ya que hasta el 19% de las menorragias de causa aguda en esta etapa de la vida está asociada a una alteración de la coagulación (tabla nº 3). En el caso de las niñas y de las adolescentes, la aplicación de exploraciones y de pruebas complementarias, especialmente las de carácter genital, deben tener siempre presente dos normas fundamentales de conducta. La

La biopsia del endometrio no debe emplearse en el estudio de las alteraciones menstruales por exceso de las adolescentes

Cuando la expresión clínica de las alteraciones es una hemorragia cíclica probablemente se trata de una HUD

Lo primero que hay que discriminar en una alteración menstrual por exceso de una adolescente es si se trata de una hemorragia aguda intensa y su grado de compromiso sistémico

Una hemorragia aguda e intensa en una adolescente debe de considerarse una urgencia clínica y tratarse, de primera elección, con hemostasia farmacológica

primera, actuar con gran **prudencia y cuidado en el examen ginecológico**, ya que si no se realiza de forma adecuada y con el instrumental específico, puede tener graves consecuencias psicológicas, e influir posteriormente, incluso en una percepción negativa de la propia sexualidad. La segunda norma importante, consiste en evitar, en lo posible, técnicas agresivas para el estudio de la alteración menstrual. En este sentido, la **biopsia del endometrio**, prueba complementaria muy utilizada en el estudio de las alteraciones menstruales por exceso de la mujer adulta, **debe proibirse en la adolescente**, especialmente, si tenemos en cuenta que la patología endometrial preneoplásica y neoplásica, es excepcional en esta etapa de la vida. La ecografía abdominal (o vaginal), el estudio endocrinológico o la laparoscopia no son necesarias, salvo en aquellos casos en los que la sospecha de patología orgánica subyacente lo aconsejen. Una vez realizado el diagnóstico la conducta a seguir será la específica de la causa que ha determinado el sangrado.

Cuando se trata de una hemorragia de carácter cíclico la mayor probabilidad diagnóstica es la de una HUD. Sin embargo, ésta representa para el clínico dos problemas diagnósticos. El primero, la exclusión de toda causa orgánica, condición fundamental para establecer el diagnóstico de HUD. El segundo, su tipificación etiológica. La HUD debe incluirse entre las hipótesis diagnósticas que se establecen en toda la adolescente presenta un acortamiento del ciclo o un sangrado menstrual excesivo. Aunque, como veremos posteriormente, desde el punto de vista terapéutico, es bastante irrelevante que la HUD sea ovulatoria o anovulatoria, ya que ambos tipos responden al mismo enfoque terapéutico, la manera de realizar un diagnóstico previo de la causa será establecer, una vez descartada la existencia de patología orgánica, la existencia o no de ovulación. Para ello, puede ser útil, dependiendo de los medios diagnósticos

disponibles por cada profesional, desde la interpretación de las gráficas de temperatura basal, donde puede establecerse la existencia de ciclos bifásicos (HUD ovulatoria) o monofásicos (HUD anovulatoria), el estudio del moco cervical o el empleo de determinaciones hormonales, especialmente la de progesterona en la segunda fase del ciclo.

Si no hay respuesta a la hemostasia farmacológica será necesario plantear un legado hemostático

## TRATAMIENTO

El tratamiento de las alteraciones menstruales por exceso en la adolescente debe tender a ser siempre etiológico. En el caso de las alteraciones de causa orgánica el tratamiento será el específico del agente que la determina.

El enfoque terapéutico de la HUD depende de la intensidad y de la evolución del cuadro. Si se trata de una **hemorragia aguda intensa**, el cuadro debe de considerarse una **urgencia** exigiendo, en muchos casos, la **hospitalización** de la paciente. En aquellos casos en los que el estado general lo permite, es de primera elección, en las adolescentes, el empleo de una **hemostasia farmacológica** realizada con estro-progestágenos a altas dosis. Para ello, puede emplearse una

El abordaje del HUD de evolución crónica depende del grado de compromiso sistémico, de que mantenga o no relaciones sexuales coitales y de sus expectativas reproductivas

**Tabla 4.** Tratamiento de la H.U.D. aguda e intensa: tratamiento de continuación\*

---

⇒ **A.O. (20 ó 30 gr de EE)**

⇒ **Estrógenos y gestágenos naturales:**

- Estrógenos del 1º al 25º días del ciclo:
    - 25 mcg de 17 BE<sub>2</sub> TTS
    - 1 mgr de VE<sub>2</sub> o 0,625 mg. de E.C.E. V.O.
  - Gestágeno del 12º al 25º días del ciclo:
    - 200 mgr de Progesterona micronizada V.O.
    - 100 mgr de Progesterona micronizada vaginal
    - Otros gestágenos: Dihidrogesterona, MG, AMP...
- 

\* Tras buena respuesta de la Hemostasia Farmacológica.

**Tabla 5. Hemorragias Cíclicas: conducta**

**En obesas primera medida reducción peso**

- Sin compromiso sistémico: vigilancia expectante.
- Con compromiso sistémico: ciclos controlados.
  - Con necesidades contraceptivas: C.O. de baja dosis de EE o DIU con LNG.
  - Sin relaciones sexuales, coitales: gestágenos 2.<sup>a</sup> fase del ciclo.

Los AO son de primera elección en adolescentes y jóvenes con HUD crónica que precisan tratamiento farmacológico y mantienen relaciones sexuales coitales sin deseo reproductivo

terapéutica combinada por vía intramuscular, a base de 0,01 mg de etinil-estradiol y 2 mg de acetato de noretisterona que puede repetirse 2 ó 3 veces con intervalos de 8-12 horas, o bien con contraceptivos orales 3-4 comprimidos /día durante 10 días consecutivos. Una vez cedida la hemorragia inicial y transcurridos los 10 días, al desaparecer el efecto del inyectable o al suspender la terapia oral, se produce una hemorragia por deprivación, a partir de la que se procede a realizar **tres a seis ciclos controlados** con una asociación de estro-progestágenos. Pueden emplearse, para ello, contraceptivos orales de bajas dosis de etinilestradiol (20 ó 30 µg) o bien, estrógenos naturales (25 µg de 17 β E<sub>2</sub> dos veces por semana, durante tres semanas consecutivas, o si se prefieren estrógenos por vía oral pueden emplearse 1 mg de valerianato de estradiol (VE) o 0,625 mgr de estrógenos conjugados equinos (ECE) desde el 1 al 25 días del ciclo, secuenciados, en ambos casos, con 200 mg de progesterona natural micronizada por vía oral del 12 al 25) (tabla nº 4). La elección de preparados naturales, o de anticonceptivos orales, está en relación directa con las necesidades contraceptivas de la adolescente y de su capacidad para la asumir la mayor complejidad terapéutica de los preparados naturales. En el caso de no obtener una respuesta precoz a la hemostásia farmacológica inicial, será necesario practicar un **legrado hemostático** que, ante un cuadro de este tipo, es la actitud terapéutica de primera elección en las mujeres en la etapa reproductiva o en la

premenopausia.

Las HUD de evolución crónica, o de aparición aguda pero de intensidad moderada, puede tratarse de forma ambulatoria. Cuando el único objetivo es la regulación del ciclo y no existe un compromiso sistémico, ni necesidades contraceptivas, es deseable, en las adolescentes, la **vigilancia sin tratamiento**, ya que en muchos casos se produce la autorregulación del ciclo, como consecuencia de la maduración del eje hipotálamo-hipófisis-ovario (tabla nº 5). Cuando se plantea la necesidad de un tratamiento farmacológico, la primera opción, en jóvenes sin necesidades contraceptivas, es la administración de un **gestágeno** durante la segunda mitad del ciclo, tratamiento común tanto para las de causa anovulatoria, como para las ovulatorias por insuficiencia del cuerpo lúteo, ya que en ambos casos la causa de la hemorragia es la ausencia de progesterona durante la segunda mitad del ciclo que se oponga a la acción estimuladora de los estrógenos en el endometrio. Los gestágenos de primera elección son, para la adolescente, o la progesterona natural micronizada (100 mg/día por vía intravaginal o 200 mg/día por vía oral) o la dihidrogesterona (10-20 mg/día por vía oral), y deben de prescribirse desde el 12 al 25 días del ciclo. En algunos casos en los que se sospeche que el cumplimiento terapéutico puede ser bajo, es una buena alternativa el empleo de 250 mg de caproato de hidroxiprogesterona en inyección única el día 12 del ciclo. Otros gestágenos que pueden ser una alternativa a la progesterona (aunque ésta es de primera elección en las adolescentes) y a la dihidrogesterona son: la medrogestona (MG), el acetato de medroxiprogesterona (AMP) o, incluso, la noretisterona.

En adolescentes y jóvenes que precisan de tratamiento farmacológico y cobertura contraceptiva sería de primera elección la utilización de anticonceptivos orales microdosificados. Otra alternativa, aunque no de primera elección en adolescentes podría ser el dispositivo intrauterino medicado con levonorgestrel.