

TABLA PICTÓRICA PARA LA ESTIMACIÓN SEMICUANTITATIVA DEL SANGRADO MENSTRUAL

Puntos	
1	Por cada tampón vaginal ligeramente manchado
5	Por cada tampón vaginal moderadamente manchado
10	Por cada tampón vaginal completamente manchado
1	Por cada compresa ligeramente coloreada
5	Por cada compresa moderadamente manchada
20	Por cada compresa completamente empapada
1	Por un pequeño coágulo
5	Por un gran coágulo
	En caso de rebosamiento, se estimará el valor aproximado
Menorragia = puntuación \geq 100	

Esta tabla ha de ser completada por la paciente al término de cada día de la menstruación. Se considera menorragia a una puntuación \geq 100 puntos. Para el diagnóstico de menorragia la sensibilidad es del 86% y la especificidad del 89%.

Bibliografía: Higham J, O'Brien PMS, Shaw RW. Assessment of menstrual blood loss using a pictorial chart. Br J Obstet Gynaecol 1990; 97: 734-39.

TRATAMIENTO

Métodos de tratamiento:

- 1) AINEs (grado de recomendación A):
 - a) Ácido mefenámico:
 - Dosificación: 500 mg / 8 h. Durante la menstruación
 - b) Diclofenaco:
 - Dosificación: 50 mg / 8 – 12 h. Durante la menstruación.
 - c) Naproxeno:
 - Dosificación: 250 – 500 mg / 12 h. Durante la menstruación.
- 2) Ácido trexenámico (grado de recomendación A):
 - a) Antifibrinolítico
 - Dosificación: 1 – 1,5 mg / 8 – 12 h. Durante la menstruación.
- 3) Anticonceptivos orales combinados (grado de recomendación A):
 - a) Dosificación: 1 comp / día / 21 días.
- 4) Progestágenos:
 - a) Orales en fase lútea:
 - No efectiva (grado de recomendación D).
 - b) Orales: durante 21 días del ciclo:
 - Noretisterona (grado de recomendación A)
 - Dosificación: 5 mg / 24 h / 21 días. (5° - 25° del ciclo)
 - c) Orales de acción prolongada (grado de recomendación C):
 - Noretisterona:
 - Dosificación: 15 mg / día / 3 meses
 - En tratamientos agudos 3 semanas
 - Acetato de medroxi-progesterona:
 - Dosificación: 30 mg / día / 3 meses
 - En tratamientos agudos 3 semanas
 - d) Progestágenos intrauterinos (grado de recomendación A):
 - DIU-Pg (Levonorgestrel)
 - Dosificación: 20 mg/24 h. 5 años.
- 5) Danazol / Gestrinona / Ag-GnRh (grado de recomendación A):
 - a) Los efectos secundarios limitan su uso a largo plazo.

- 6) Dilatación y legrado de cavidad:
- a) Actualmente no se considera tratamiento ni método diagnóstico.
- 7) Histerectomía:
- a) Recomendada únicamente ante la persistencia de la clínica, con anemia mantenida más de un año.
 - b) La histerectomía vaginal requiere un menor tiempo y tiene un menor coste que la histerectomía asistida por laparoscopia (grado de recomendación A).
 - c) Histerectomía vaginal, preferible sobre la vía abdominal (grado de recomendación B)
- 8) Destrucción endometrial (ablación endometrial):
- a) La resección endometrial histeroscópica, previa biopsia endometrial, está indicada ante HUA persistentes o con determinados procesos histológicos (grado de recomendación A).
 - b) Las técnicas de resección endometrial son preferibles a la histerectomía abdominal (grado de recomendación B).

ESQUEMA TERAPEÚTICO

1) HUA juvenil (Edad: < 18 años) y Hb >10:

a) 1ª visita

- AINE: ácido tranexámico o mefenámico (grado de recomendación C).
- ACHO: anticonceptivos orales combinados (grado de recomendación A).
- Hierro (si presenta anemia).

b) Sucesivas

- Persistencia:
 - Hierro (si presenta anemia).
 - Estrógenos / gestágenos:
 - (a) Progestágenos
 - (b) ACHO

2) HUA juvenil (Edad: < 18 años) y Hb < 10:

a) 1ª visita

- Hierro.
- ACHO (grado de recomendación A).
- Progestágenos.
- Transfusión (si lo precisa y bajo ingreso hospitalario).

b) Sucesivas

- Persistencia:
 - Hierro.
 - Progestágenos.
 - ACHO (grado de recomendación A).

3) Edad: 19 - 35 a 40 años:

a) 1ª visita:

- Hierro (si presenta anemia).
- ACHO (grado de recomendación A).
- Gestágenos de acción prolongada (grado de recomendación C).
- DIU-Pg: (grado de recomendación A).
- Antifibrinolíticos.
- AINE (portadoras de DIU) (grado de recomendación A).
- Danazol / Gestrinona / Ag-GnRh: los efectos secundarios limitan su efecto a largo plazo (grado de recomendación A).

b) Sucesivas:

- Persistencia:
 - Hierro (si presenta anemia).
 - ACHO (grado de recomendación A).
 - DIU-Pg: (grado de recomendación A).
 - Gestágenos de acción prolongada (grado de recomendación C).
 - Antifibrinolíticos.
 - AINE (portadoras de DIU) (grado de recomendación A).
 - Danazol / Gestrinona / Ag-GnRh: los efectos secundarios limitan su efecto a largo plazo (grado de recomendación A).

c) Observación y control (6 meses).

4) Edad: 35 / 40 años hasta menopausia:

a) 1ª visita:

- Ecografía abdomino-vaginal:
 - Si es normal:
 - (a) Hierro (si presenta anemia).
 - (b) ACHO
 - (c) DIU- Pg.
 - (d) Progestágenos en todo el ciclo
 - (e) Fibrinolíticos.
 - (f) AINE.
 - Si es anormal:
 - (a) Aspiración endometrial / biopsia con histeroscopia:
 - (i) Pólipo endometrial:
Resección histeroscópica.
 - (ii) Hiperplasia endometrial sin atipias:
Pg continua.
DIU-Pg.
- Observación y control (6 meses).

b) Sucesivas:

- Persistencia:
 - Progestágenos en todo el ciclo (grado de recomendación A).
 - DIU-Pg (grado de recomendación A)
 - Resección endometrial histeroscópica (previa biopsia endometrial o toma endometrial) (grado de recomendación A).
 - Histerectomía (sólo si persiste la clínica y presenta anemia tras 1 año de tratamiento médico correcto).

5) Postmenopausia:

a) 1ª visita:

- Si THS y ecografía vaginal normal:
 - Observación
 - Modificar esquema THS
- Si THS y ecografía vaginal anormal / Si THS y persistencia tras control / No THS:
 - Histeroscopia + BE / TE :
 - (a) Normal (endometrio funcional):
 - (i) Observación.
 - (ii) Modificar esquema THS.
 - (b) Pólipo endometrial:
 - (i) Resección endometrial.
 - (c) Hiperplasia sin atipias:
 - (i) THS.

b) Sucesivas:

- Persistencia:
 - Resección endometrial histeroscópica (previa biopsia endometrial o toma endometrial) (grado de recomendación A).
 - THS.
 - Progesterona.
 - Histerectomía (sólo si persiste la clínica y presenta anemia tras 1 año de tratamiento médico correcto).

ANAMNESIS Y EXPLORACIÓN FÍSICA

Cuando una mujer consulta por hemorragia uterina anormal es prioritario confirmar la existencia de la misma. Se preguntará la edad de la paciente, las características del ciclo y la relación del sangrado con el mismo, la cuantía del sangrado y de qué modo lo cuantifica, así como las repercusiones personales. Se ha de valorar la existencia de patología sistémica, la ingestión de fármacos y la coexistencia de otros síntomas o signos que orienten a un origen ginecológico de la HUA. Asimismo, es esencial identificar a las mujeres con riesgo de cáncer endometrial.

Según la guía de práctica clínica de Nueva Zelanda, todas las mujeres postmenopáusicas y aquellas que presenten anemia requieren un estudio etiológico exhaustivo (grado de recomendación tipo B). También son subsidiarias de investigación las mujeres con factores de riesgo de cáncer endometrial, los sangrados intermenstruales por su mayor relación con una causa orgánica y la presencia de otros síntomas sistémicos (grado de recomendación tipo B) (NZ 1999).

La anamnesis debe dirigirse según la edad de la paciente. La exploración física abdominal y pélvica es obligada en mujeres con HUA con excepción posible de las menores de 20 años, puesto que la probabilidad de patología en ellas es muy baja (grado de recomendación tipo C). Asimismo, a cualquier mujer con exploración física anormal se le debe realizar una ecografía que confirme los hallazgos y debe ser valorada por un especialista (grado de recomendación tipo C) (NZ 1999).

En un estudio, un 19% de las mujeres adolescentes que consultaron por HUA presentaban alguna alteración de la coagulación, y esta incidencia aumentó al 25% en caso de coexistir hemoglobina inferior a 10g/dl y hasta el 50% si se indicó hospitalización (Claessens y col. 1981).

Durante la edad reproductiva, las mujeres con menstruaciones regulares suelen tener ciclos ovulatorios, y cuando el sangrado se torna irregular o acíclico puede ser indicativo de alteraciones en la ovulación.

La sospecha de malignidad debe contemplarse, especialmente en mayores de 35-40 años, obesas o con alteraciones crónicas de la ovulación (Long 1996). Iossa y cols. en 1991 señalaban que, por debajo de los 45 años, la investigación para descartar carcinoma de endometrio no es costo-efectivo. La probabilidad de encontrar alguna patología endometrial en pacientes por debajo de los 40 años es menor del 1%, si los ciclos son regulares y, por tanto, en este tipo de pacientes no está justificado el estudio histológico (Ash y cols. 1996).

En la perimenopausia aumenta la incidencia de ciclos anovulatorios y, de forma progresiva, la menstruación se torna menos frecuente y cuantiosa. Muchas mujeres experimentan de forma periódica síntomas de hipoestronismo, con lo que las determinacio-

nes analíticas no siempre se correlacionan con la clínica de la mujer, y el tratamiento se debe instaurar en función de los síntomas y signos derivados de un déficit estrogénico (Shwayder 2000). La exploración física orientada ayuda en este sentido y, ante la presencia de masas pélvicas o de signos de malignidad, se debe realizar un estudio etiológico complementario. Por otra parte, en las mujeres perimenopáusicas con ciclos irregulares pero con pérdida de sangre normal, no parece necesario profundizar en la evaluación, ya que no presentan riesgo aumentado de patología uterina (grado de recomendación tipo C) (NZ 1999).

En la postmenopausia, la presencia de cualquier sangrado originado en el útero se considera anormal y, dada la alta frecuencia de malignidad, la anamnesis y la exploración física son sólo los pasos iniciales de la evaluación de la hemorragia (Grimes 1982). Siempre debe obtenerse un estudio histológico del endometrio.

ECOGRAFÍA: JUSTIFICACIÓN

Algunos autores desaconsejan la ecografía si la exploración física es normal, y la reservan para los casos en que la exploración bimanual es patológica o no concluyente o para cuando han fracasado las terapias médicas convencionales (Matorras y col. 2001). Aunque es evidente que los pólipos endometriales y los miomas submucosos sólo pueden diagnosticarse por ecografía, u otras pruebas más agresivas, no está nada claro que su frecuencia relativa justifique la realización de una ecografía en primera instancia para descartarlos (Matorras y col. 2001).

La ecografía está indicada, además de en presencia de una exploración física anormal o ante el fracaso del tratamiento médico convencional, en todas las mujeres de 45 años o más, en aquellas que pesen 90 Kg o más, y especialmente en aquellas con factores de riesgo de cáncer de endometrio como son: infertilidad, nuliparidad, antecedentes familiares de cáncer de endometrio o de colon o exposición prolongada a estrógenos sin oposición gestagénica (grado de recomendación tipo B) (NZ 1999).

El estudio ultrasonográfico es esencial en la HUA de causa orgánica y resulta de interés para incrementar la precisión del diagnóstico clínico, elegir la opción terapéutica adecuada y seleccionar a las pacientes idóneas para los distintos tratamientos quirúrgicos (Wood y cols. 1993).

Se trata de una técnica excelente para valorar de forma sencilla, rápida y barata la cavidad uterina, el grosor y la estructura endometrial, el miometrio y la estructura ovárica, por lo que se puede considerar como técnica de cribado de pacientes con sospecha de patología orgánica.

La utilidad de la ecografía transvaginal en el manejo de la HUA está relacionada con el estado hormonal. Es un excelente método diagnóstico para descartar patología endometrial en mujeres postmenopáusicas con sangrado (Dijkhuizen y cols. 1996), debido a la eco endometrial bien definida y poco oscilante en desarrollo durante esta etapa; sin embargo, se debe señalar que, incluso con ecografías normales, si existe una metrorragia, siempre se debe realizar un estudio histológico por la existencia de algunos falsos negativos (Taviani y cols. 1995). Su utilidad en la HUA premenopáusica es más limitada puesto que el endometrio normal presenta de forma fisiológica importantes variaciones en su grosor (Goldstein y cols. 1997).

MÉTODOS PARA LA OBTENCIÓN DE LA MUESTRA ENDOMETRIAL: JUSTIFICACIÓN

Biopsia por aspiración ambulatoria:

La biopsia de endometrio es una técnica rápida, segura y barata para evaluar a las mujeres con HUA (Grimes 1982, Feldman y cols. 1993). Durante muchos años, el legrado uterino con anestesia general ha sido la técnica de referencia para la obtención de tejido endometrial. Posteriormente, la ausencia de necesidad de anestesia y, por lo tanto, de ingreso hospitalario, ha propiciado que la biopsia por aspiración ambulatoria sea la técnica más utilizada para el estudio histológico endometrial. La biopsia endometrial ha demostrado ser más eficiente que el legrado (Grimes 1982, Feldman y cols. 1993).

En la revisión de Grimes en 1982, sobre 5.851 biopsias de endometrio el porcentaje de "material insuficiente" osciló entre el 1% y el 15%. Existe también una baja sensibilidad para el diagnóstico de lesiones focales como los pólipos (Pal y cols. 1997, Mihm y cols. 2001).

En los últimos años se han desarrollado cánulas de material plástico, por lo tanto más flexibles y no reutilizables que utilizan la aspiración por vacío. Las dimensiones se han reducido a unos 2.5 mm de diámetro interno y a 3 mm de externo, lo que, unido a su falta de rigidez, las hace más fácil de introducir por el cérvix y menos dolorosas, consiguiéndose así un mayor beneficio para la paciente (Cooper y col. 2000).

La facilidad de uso y el alto rendimiento diagnóstico de las cánulas de aspiración por vacío, asociado a su gran aceptación por la paciente, ha determinado que ésta sea la modalidad de biopsia endometrial a ciegas ambulatoria realizada de elección. Pese a ello, sólo se biopsia entre el 4% y el 15% de la superficie endometrial; en un 4-10% es imposible de realizar por existir una estenosis cervical; y en un 28-70% de los casos las muestras obtenidas no son diagnósticas (Rodríguez y cols. 1993, Guido y cols. 1995).

La biopsia endometrial se debería realizar cuando existe indicación de ecografía pero ésta no está disponible (grado de recomendación C) (NZ 1999). Otras indicaciones vienen definidas por el grosor endometrial medido por ecografía. Los puntos de corte para la obtención de material histológico están bastante consensuados, y se establecen en 12 mm o más en la mujer premenopáusica (grado de recomendación tipo A) (NZ 1999), 5 mm o más en la postmenopáusica (Bourne y cols. 1997, Briley y col. 1998, Dubinsky y cols. 1995) y 8 mm o más en la postmenopáusica que recibe terapia hormonal sustitutiva (Lin y cols. 1991, Brooks y cols. 1996, Levine y cols. 1995).

Toma endometrial por histeroscopia

La introducción de la histeroscopia diagnóstica hace más de un siglo ha permitido la evaluación de la cavidad uterina bajo visión directa.

El desarrollo técnico de la endoscopia uterina ha posibilitado la realización de biopsias bajo visión directa, con lo que esto implica en el diagnóstico de lesiones focales y de otra patología susceptible de escapar al raspado o a la aspiración ciega.

La histeroscopia *de visu* tiene una precisión diagnóstica superior al legrado (Paragnis y col. 1992) y a la toma endometrial (Supron y cols. 1994).

La ventaja de la histeroscopia radica en la posibilidad de combinar tanto la imagen como la confirmación histológica en un mismo procedimiento.

Teóricamente la precisión diagnóstica de la histeroscopia debe ser óptima, y su especificidad y valor predictivo positivo en la HUA debe ser del 100%. En la práctica, presenta una tasa de falsos negativos del 2-4% como consecuencia del error del observador en la detección de lesiones intracavitarias (Loffer 1989), su sensibilidad oscila entre el 97% y 98% y su especificidad entre el 93% y el 100% (van den Bosch y cols. 1996, Larson y cols. 1995).

Los inconvenientes de la histeroscopia son la necesidad de adquirir y mantener un equipo de alto precio, la dificultad de encontrar un histeroscopista con experiencia, y el coste del procedimiento, que se ha calculado en unos 650 dólares (738 euros) para la histeroscopia diagnóstica ambulatoria (Saidi y cols. 1997). Los costes en España son menores. En nuestro país se estima que el coste total (sumando costes directos e indirectos) de una histeroscopia ambulatoria es de 120-150 euros, el de una histeroscopia quirúrgica es de aproximadamente 348 euros, el de un legrado con ingreso menor de un día (Cirugía Mayor Ambulatoria) es de 360 euros (González Rojas y cols. 2001).

En general, la preparación de la paciente previa a la realización de una histeroscopia diagnóstica es escasa o nula. Algunos autores defienden programar la exploración en función del ciclo menstrual y de la patología. En general se considera que el mejor momento es al finalizar la menstruación, durante la fase proliferativa inicial.

Una vez terminada la técnica, el cuidado posterior es prácticamente nulo. Se informará de la posibilidad de salida de líquido por genitales mezclado con sangre durante algún día y de dolor tipo dismenorrea en las horas siguientes, que suele ser de fácil control con analgésicos habituales. Cualquier dolor mantenido debe ser evaluado puesto que, aunque es muy infrecuente, puede ser la expresión de una infección o de otra complicación relacionada con el procedimiento, por ejemplo una perforación (Serden 2000). Es habitual realizar un seguimiento de la paciente para ver la evolución clínica y reevaluar su manejo en función del resultado histológico si éste se ha practicado.

Aunque la histeroscopia constituye la técnica diagnóstica más precisa para el estudio de la HUA, de tal manera que se ha manifestado que es la técnica ideal en pacientes por encima de los 45 años (Mencaglia y col. 1995), existe consenso en que no debe realizarse de forma indiscriminada. En pacientes por debajo de los 35 años no está justifica-

do el estudio histológico por HUA y en mujeres mayores de 35 años con HUA la ecografía transvaginal y la biopsia de endometrio deberían constituir el primer abordaje (Tahir y cols. 1999). Si la histeroscopia está indicada, ésta permite la visualización directa de la cavidad uterina y posibilita la realización de biopsia endometrial sin necesidad de anestesia general (grado de recomendación tipo A) (Shaw y cols. 2001, Symonds 2001).

Legrado uterino

El legrado uterino ha sido durante años la “prueba de oro” en la recogida de material endometrial. Fue introducido por Recamier en 1843 y ha sido utilizado de forma ininterrumpida hasta la actualidad. A pesar de su gran difusión y aceptación, quedan muchas dudas acerca de la muestra recogida y de su precisión diagnóstica (Cooper y col. 2000). Su sensibilidad oscila entre el 46% (Betocchi y cols. 2001) y el 65% (Serden 2000). Hoy en día existen suficientes evidencias que corroboran la afirmación de Grimes en 1982 de que “el legrado no debe ser la primera herramienta en el diagnóstico de HUA” (grado de recomendación tipo B) (NZ 1999).

El legrado uterino se realiza tradicionalmente bajo anestesia general, lo que implica la utilización de un quirófano y un seguimiento posterior, generalmente asociado a un ingreso hospitalario. Esto implica un alto coste en comparación con las técnicas ambulatorias. Es una biopsia a ciegas, y por lo tanto, no se sabe la cantidad de endometrio biopsiado ni la zona de recogida. Clásicamente, se ha asociado a una exploración bimanual bajo anestesia aprovechando la relajación obtenida con la misma, y su intención era de carácter tanto diagnóstico como terapéutico, ya que se consideraba que con la abrasión endometrial total se podía controlar el sangrado. Actualmente, se acepta que el legrado uterino no tiene efecto terapéutico en caso de hemorragia uterina anormal (grado de recomendación tipo B) (Shaw y cols. 2001, Betocchi y cols. 2001).

La utilidad del legrado como técnica diagnóstica ha sido rebatida tanto en lo que respecta a cantidad como a calidad de la muestra (Betocchi y cols. 2001). En un estudio de pacientes a las que se les realizó un legrado inmediatamente antes de una histerectomía se pudo comprobar que el 60% de pacientes tenían sólo la mitad del endometrio legrado, y que al 16% se le había biopsiado menos del 25% (Word 1958). Se estimó que el legrado no debía servir como referencia en el diagnóstico de la patología endometrial (Grimes 1982). Otros estudios han demostrado que entre el 4% y el 20% de los legrados obtienen muestras inadecuadas para el diagnóstico (Kochli y cols. 1996) y que entre el 10% y el 35% de las lesiones endometriales pueden no ser diagnosticadas (Gimpleson y cols. 1988), bien porque el endometrio raspado no es evacuado del útero o porque los miomas y los pólipos escapan con facilidad a los efectos de la legra (Loffer 1989, Betocchi y cols. 2001). El legrado ha sido calificado de obsoleto para el diagnóstico y tratamiento de la HUA (Emanuel y cols. 1997).

Actualmente el legrado uterino tiene como únicas indicaciones diagnósticas la imposibilidad de practicar una biopsia endometrial por cualquier otra técnica y la necesidad de obtener una muestra endometrial amplia (Wood 1996, Symonds 2001), si bien ambas situaciones parecen extremadamente improbables.

Merger (citado por Grimes 1982) en 1960 definió el legrado como “el análisis más caro de todo el campo de la Medicina”. Los costes directos del legrado son de 10 a 15 veces más altos que los de la biopsia de endometrio en consulta. Además, se deben sumar los costes indirectos producidos por las horas de trabajo perdidas por la paciente y sus familiares, pérdida de la rutina diaria, alejamiento de la familia y del entorno, etc. (Grimes 1982).

El legrado produce mayor número de complicaciones y más graves que otras técnicas de estudio histológico endometrial: mayor tasa de infección, de perforación, de desgarros cervicales, sinequias e incluso la muerte de la paciente (Grimes 1982).

El legrado aumenta igualmente la sensación de discomfort de la paciente, por la necesidad de ingreso, colocación de una vía intravenosa, náuseas y vómitos producidos con la anestesia general, angustia y miedo, etc. En encuestas de satisfacción realizadas a pacientes en las que se utilizaron consecutivamente legrado y toma endometrial, se demostró que las pacientes prefieren la toma endometrial al legrado (Grimes 1982).

Por todo lo anterior debe quedar claro que el legrado no debe utilizarse ni como tratamiento de una metrorragia abundante ni como método de primera línea para el estudio histológico del endometrio.