

ALTERACIONES MENSTRUALES EN AP

Dra. Antonia Polanco Martínez





ELSEVIER



ALTERACIONES FISIOLÓGICA EN EL CICLO MENSTRUAL

- 1) **Menarquia y adolescencia:** Ciclos irregulares, generalmente anovulatorios.
- 2) **Edad fértil madura:** Ciclos regulares con patrón normal y ciclos ovulatorios.
- 3) **Premenopausia:** Ciclos más cortos, esporádicos los últimos años.
- 4) **Menopausia:** Cese de la menstruación (Ausencia durante al menos un año)..

CLASIFICACIÓN Y CLÍNICA

SEGÚN LA FIGO



LÍMITES DE NORMALIDAD PARA EL CICLO .FIGO

CICLO NORMAL
Intervalo
Duración del sangrado
Cantidad del sangrado

PERCENTIL 5-95
24-38 días
4.5-8 días
5-80 ml/ciclo

SANGRADO MENSTRUAL ABUNDANTE (SMA)

DEFINICIÓN : SMA es una pérdida excesiva sangre menstrual que interfiere con una normal actividad física, emocional o social o bien, empeora la calidad de vida de la mujer

EPIDEMIOLOGÍA: No disponemos de datos objetivos de la prevalencia en España . La OMS estima una prevalencia global entre 8-27% basado en estudios con comunicaciones personales. Se ha comunicado en mujeres entre 18-54 años un aumento de sangrado menstrual en los 6 meses previos en el 73% de las entrevistadas.

CAUSA DEL SANGRADO MENSTRUAL ABUNDANTE: Según las recomendaciones de la FIGO, el SMA, junto con el sangrado intermenstrual, integran el sangrado uterino anómalo (SUA) . La FIGO ha aprobado un nuevo sistema de clasificación (PALMA-ÍNDICE) para definir la causa del SUA (sangrado uterino anómalo) no relacionado con el embarazo.



CLASIFICACIÓN DE LA CAUSA DEL SANGRADO UTERINO ANÓMALO NO RELACIONADO CON LA GESTACIÓN PROPUESTA POR LA FIGO

LA CLASIFICACIÓN PALMA-ÍNDICE



ESTRUCTURALES

P ólipos
A denomiosis
L eimioma
Ma lignidad



**NO
ESTRUCTURALES**

In específica
D isovulación
I atrogénica
C oagulopatía
E ndometrial

DIAGNÓSTICO

ANAMNESIS

***Antecedentes Familiares:** Menarquia de madre y hermanas, presencia de anomalías genéticas, endocrinopatías, irregularidades menstruales.

***Antecedentes personales:** Crecimiento pondo-obstétricos, menarquia, ciclo menstrual habitual, gestaciones, método anticonceptivos, relaciones de riesgo.

***Historia Actual:** Establecer la naturaleza del sangrado, Identificar posible causas patológicas y Conocer las expectativas y necesidades , especialmente los planes reproductivos.

Exploración Física



- *Su objetivo es identificar el origen del sangrado, detectar posible patologías .
- *Inspección abdominal y exploración ginecológica con visualización cervical y vaginal con espéculo.
- * Debe descartarse que el sangrado provenga de lugares distintos al útero , como vagina, uretra, vejiga o recto.



La exploración física y ginecológica tiene como objetivo la identificación de causas orgánicas y orientar el diagnóstico.

Laboratorio



Hemograma: Debe descartarse una posible anemia asociada a déficit de hierro.



Hormonas: No se recomienda el uso rutinario de cuantificaciones hormonales en el SMA.
*En mujeres edad fértil es preciso descartar la presencia de gestación .
*No se justifica la determinación de otras hormonas salvo que exista una orientación clínica para el SOP.

Técnicas de imagen



- *Las técnicas de imagen nos ayudan en la investigación del SMA de causa orgánica.
 - *Ecografía transvaginal se considera de primera línea en la investigación del SMA.
 - *La sonohisterografía pretende obtener mejor imagen del contorno de la cavidad endometrial en el Dx de miomas submucosos y pólipos.
 - *La histeroscopia está indicada si la ecografía no es concluyente.
- RNM Y TAC no está claramente establecido.



Indicaciones de la histeroscopia en el SMA

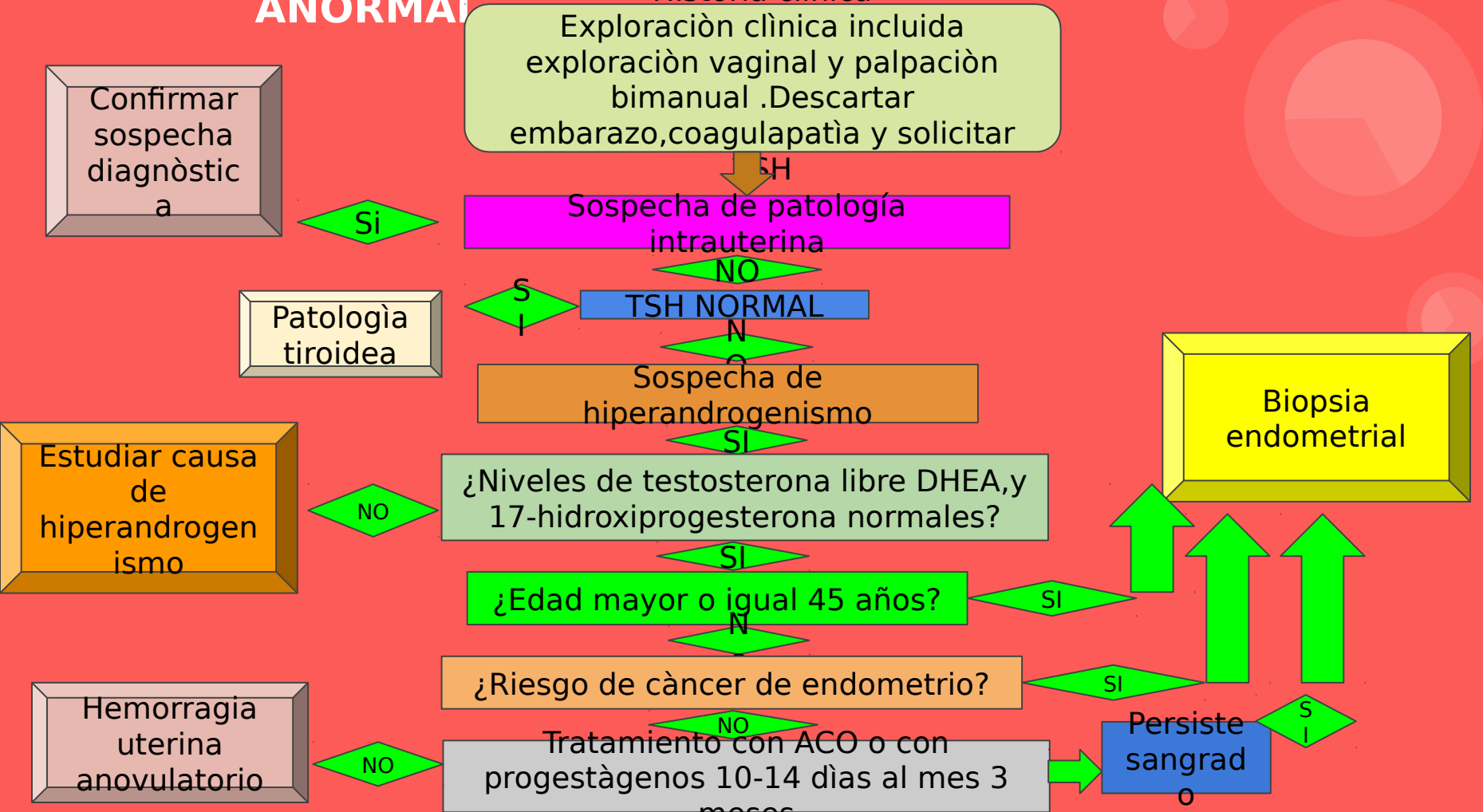


- *Exploración ecografía no concluyente.
- *Patrón endometrial alterado por tamoxifeno.
- *Incapacidad para entrar en la cavidad endometrial con la cánula de aspiración.
- *Ausencia de material valorable y sospecha clínica de cáncer de endometrio (ej: sangrado postmenopáusico persistente).
 - *Falta de respuesta al tx



DIAGNOSTICO DE HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL

Historia clínica



Causas del SMA



Las causas más frecuentes con patología orgánica son: los pólipos endometriales, los miomas uterinos, especialmente los submucosos y la adenomiosis.



Tratamiento quirúrgico del SMA sin patología orgánica:
*Técnica de ablación-Resección endometrial
*Histerectomía





TRATAMIENTO



Los objetivos que persigue el tratamiento son:

- *Corregir la anemia.
- *Disminución de la cantidad de sangrado menstrual.
- *Prevención de recurrencias.
- *Prevención de las consecuencias a largo plazo de la anovulación.
- *Mejora de la cantidad de vida.



Tratamiento Médico: Se debe considerar cuando no se han identificado anomalías estructurales , o bien, ante de la presencia de patología como miomas, para el control del sangrado uterino anormal.



TX NO HORMONAL EN LA EFICACIA EN LA REDUCCIÓN DEL SANGRADO

TRATAMIENTO	DOSIS TERAPÉUTICA	EFICACIA (DISMINUCIÓN SANGRADO)	GRADO DE RECOMENDACIÓN	NE
AC. TRANEXÁMICO (AMCHAFIBRIN).	1Gr. (2 comp.) V.O CADA 6 HORAS/ 3-5 DÍAS	50%	A	Ib
NAPROXENO	500MG V.O CADA 12 HORA /3-5 DÍAS DURANTE LA MENSTRUACIÓN	30%	A	Ib
AC. MEFENÁMICO NC .COSLAN	500 mg V.O CADA 8 HORAS -5 DÍAS DURANTE LA MENTRUACIÓN	30%	A	Ib
ETAMSILATO	500MG V.O. CADA 4-6 HORAS /3-6 DÍAS DURANTE LA MENSTRUACIÓN	20%	B	III

Tratamiento médico hormonal



Indicado si hay alteraciones ovulatorias como causa del sangrado anómalo.



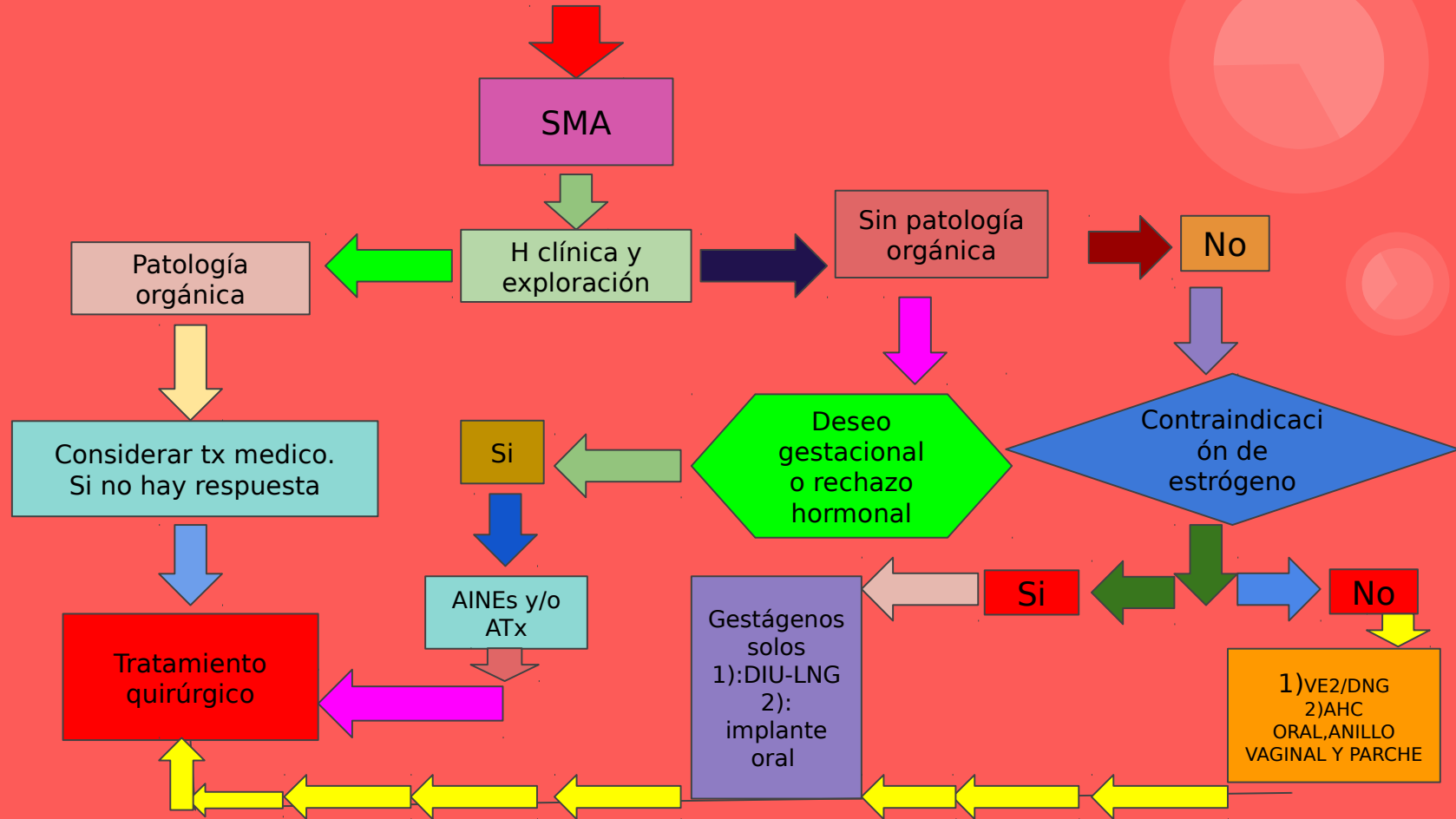
- DIU liberador de levonorgestrel (DIU-LNG) : Reduce el sangrado hasta un 90% aunque posteriormente puede haber un patrón de sangrado irregular muy escaso. Además es anticonceptivo.
- Preparado anticonceptivos oral combinado con valerianato de estradiol y dienogest (VE2-DNG) NC.



-Gestágenos, estrógenos o combinación de ambos. Existen pautas cortas para el episodio agudo que se ajustan posteriormente para el mantenimiento.



Diagrama de flujo del tx SMA



CRITERIOS DE DERIVACIÓN



- 1) Hemorragia uterina intensa y/o inestabilidad hemodinámica, valoración urgente.**
- 2) Sangrado uterino durante gestación.**
- 3) Existencia de causa orgánica.**
- 4) Hemorragia tras menopausia o en premenopausia con factores de riesgo para cáncer de endometrio.**
- 5) Falta de respuesta a tratamiento o limitaciones en el mismo.**
- 6) Necesidad de completar estudio.**

AMENORREA PRIMARIA Y SECUNDARIA .SANGRADO INFRECUENTE.



AMENORREA

Se define como la ausencia de sangrado menstrual y no es una patología por sí misma ,sino que constituye la manifestación clínica de un trastorno subyacente .Atendiendo al momento de su presentación.



Se clasifica en primaria o secundaria.



proSEGO
www.prosego.com

-Amenorrea Primaria : es la ausencia de menstruación. Tiene una incidencia de un 0.1 %. Un 60% son debidos a anomalías genéticas que afectan al desarrollo genital mientras que el 40% restante son por un trastorno endocrinológico.



-Amenorrea Secundaria: se define en el contexto de una adolescente que ya ha tenido menstruación , como la desaparición de las mismas por un período superior a 6 meses. Su incidencia es del 0,7%.

La causa de la amenorrea tanto primaria como secundaria puede estar en cualquier lugar del eje hipotálamo-hipófisis-ovario-endometrio.



SANGRADO INFRECLENTE



Es el término en el que se engloban los trastornos del ciclo que antes se denominaban ``**OLIGOMENORREA**``. Se define como aquella alteración del ritmo menstrual en la que los ciclos son de duración superior a 45 días e inferior a 6 meses .




La causa más frecuentes de sangrado infrecuente en la adolescente es la anovulación por inmadurez del eje hipotálamo-hipofisario-ovárico u otras entidades como el síndrome de ovario poliquístico (SOP). Otras causas :
Alteraciones del peso, estrés, ejercicio físico excesivo y la hiperprolactinemia.



CLASIFICACIÓN DE LAS AMENORREAS SEGUN SU ETIOLOGÍA.



El Grupo de Interès de Endocrinología Ginecològica de la Sociedad Española de Fertilidad en su último consenso (2010) propone clasificar la amenorrea como:

- 
- AMENORREA CENTRAL:** hipotàlamo-hipòfisis y secundario a hiperprolactinemia.
 - AMENORREA GONADAL(OVÀRICA):** fallo ovàrico y SOP.
 - AMENORREA GENITAL:** ùtero y vagina.

CAUSAS DE AMENORREA PRIMARIA

CAUSAS UTERINAS

- Agenesia mulleriana (sìndrome de Rokitansky)
- Himen imperforado
- Sìndrome de Morris o feminizaciòn testicular

CAUSAS OVÀRICAS

- Sìndrome del Ovario Poliquìstico (SOP)
- Fallo ovàrico prematuro (sìndrome de Turner, disgenesia gonadal)

CAUSAS HIPOTÀLAMO/HIPOFISARIAS (HIPOGONADISMO HIPOGONADOTROPO)

- Pèrdua de peso
- Ejercicio intenso
- Retraso constitucional
- Hiperprolactinemia
- Hipopituitarismo
- Glioma, germinoma , quiste dermoide

CAUSAS SISTÈMICAS

- Enfermedades Cròniques (DM,Cardiopatias,Enf intestinales inflamatorias)
- Alteraciones endocrinas(patologia tiroidea, sìndrome Cushing)

CAUSAS DE AMENORREA SECUNDARIA

CAUSAS UTERINAS

- Estenosis cervical
- Tuberculosis genital, endometritis

CAUSAS OVÀRICAS

- SOP
- Fallo ovàrico prematuro (causa genética,autoinmune, infecciosa,radio,quimio)

CAUSAS HIPOTALÀMICAS(hipogonadismo hipogonadotropo)

- Pèrdida de peso,ejercicio,estrès,anorexia nerviosa, idiopàtica

CAUSAS HIPOFISARIAS

- Hiperprolactinemia
- Hipopituitarismo
- Sìndrome de Sheehan
- Craneofaringioma
- Lesiones Craneales
- Tuberculosis

CAUSAS SISTÈMICAS

- DM, lupus

DROGAS Y FÀRMACOS

- Cocaïna y opiàceos
- Fàrmacos psicotropos

EVALUACION DE LA AMENORREA



HISTORIA FAMILIAR

- Edad de la menarquía de la mujer y hermanas
- Anomalías genéticas familiares, enfermedades tiroideas
- Uso materno de medicación durante el embarazo

ANTECEDENTES PERSONALES

- Evolución del crecimiento pondo-estatural.
- Enfermedades crónicas (DM, tiroides y enfermedad intestinal inflamatorias).
- Patología del sistema nervioso central : traumatismos, infecciones y tumores.
 - Cirugía del SNC, abdomen y pelvis.
 - Quimioterapia y radioterapia
 - Fármacos.

HISTORIA ACTUAL

- Hàbitos alimentarios,estilo de vida y ejercicio.
 - Hirsutismo o acnè.
- Adelgazamiento o fluctuaciòn en el peso.
 - Galactorrea.
 - Estrès emocional.
- Grado de actividad profesional y/o situaciòn escolar.
 - Entorno familiar.
- Relaciones sexuales, mètodos anticonceptivos.
 - Fàrmacos, drogas.



EXAMEN FÍSICO EN LA ADOLESCENTE

- Peso, talla, índice de masa corporal.
- Tensión arterial: cifras tensionales elevadas en amenorrea primaria sin desarrollo de caracteres sexuales secundarios nos orientaría hacia hiperplasia suprarrenal congénita por déficit de 17 alfa hidroxilasa.
- Desarrollo caracteres sexuales secundarios, estadios de Tanner.
 - Examen mamario: detección de galactorrea.
 - Palpación tiroidea.
 - Valoración dermatológica: acné, hirsutismo
- Palpación abdomino-inguinal en busca de tumoraciones, hernias inguinales (síndrome de feminización testicular).
- Examen neurológico si se sospecha patología del SNC.



EXAMEN GINECOLÓGICO:

- Examen cuidadoso de genitales externos, permeabilidad himeneal, descartando clitoromegalia y valorando el grado de estrogenismos a nivel de la mucosa vaginal
- Tacto vaginal valorando la presencia de cérvix y presencia de útero (Otra opción para valorar la presencia del útero es el tacto rectal).

DETERMINACIONES ANALITICAS BASALES

-FSH, LH, ESTRADIOL, PRL, FUNCIÓN TIROIDEA (TSH, T4).

-Si se sospecha hiperandrogenismo:

- *testosterona total, SHBG (para poder determinar el índice de testosterona libre)
- *En caso de obesidad, historia familiar de diabetes, acantosis nigricans o pubarquia prematura: determinar insulina y glucosa en ayunas (índices de resistencia a la insulina) y un test de tolerancia oral a la glucosa.
- *Perfil lipídico (en casos de SOP para prevenir secuelas tardías).
- *Si se sospecha patología tumoral ovàrica o suprarrenal causante del hiperandrogenismo: determinación de DHEA-S



EXÁMENES COMPLEMENTARIOS: Ecografía transabdominal, transvaginal o transrectal debe tener un papel protagonista en el diagnóstico junto con la anamnesis

MANEJO DE LA AMENORREA

- En principio general consiste en una terapia de reemplazamiento estrogénico si se demuestra una situación de hipoestrogenismo .En presencia de útero deben asociarse gestágenos para evitar la hiperplasia de endometrio.
- Ovario poliquístico no se podrá modificar a lo largo de los años, por lo que el éxito en la adquisición de hábitos de vida saludable de vida en la adolescencia,
- *En casos de resistencia a la insulina y obesidad , la dieta y el ejercicio son los tratamientos de primer elección .
- *En casos en que los hábitos de vida sean difícilmente modificables, se puede asociar a metformina.



ABORDAJE DE LA PACIENTE CON AMENORREA AP

Anamnesis:interrogar sobre fàrmacos y otros sìnctomas
Descartar gestaciòn

¿Sospecha diagnòstica?

Pruebas complementarias dirigidas a la confirmaciòn del diagnòstico

No

TSH,LH ,FSH,
prolactina

¿TSH alterado?

si

Enf tiroidea

No

¿Estatura corta?
¿Alteraciòn del fenotipo?

SI

Solicitar Cariotipo

No

Insuf ovàrica Menopáusic

Prolactina elevada

FSH y LH normal o disminuidos

FSH Y LH elevado

SOP

Alteraciòn alimentaria y ejercicio excesivo

Amenorrea hipotalàmica funcional

Datos de hiperandrogenismo

Testosterona DHEA-S Y 17-OH Progest

Hiperplasia A

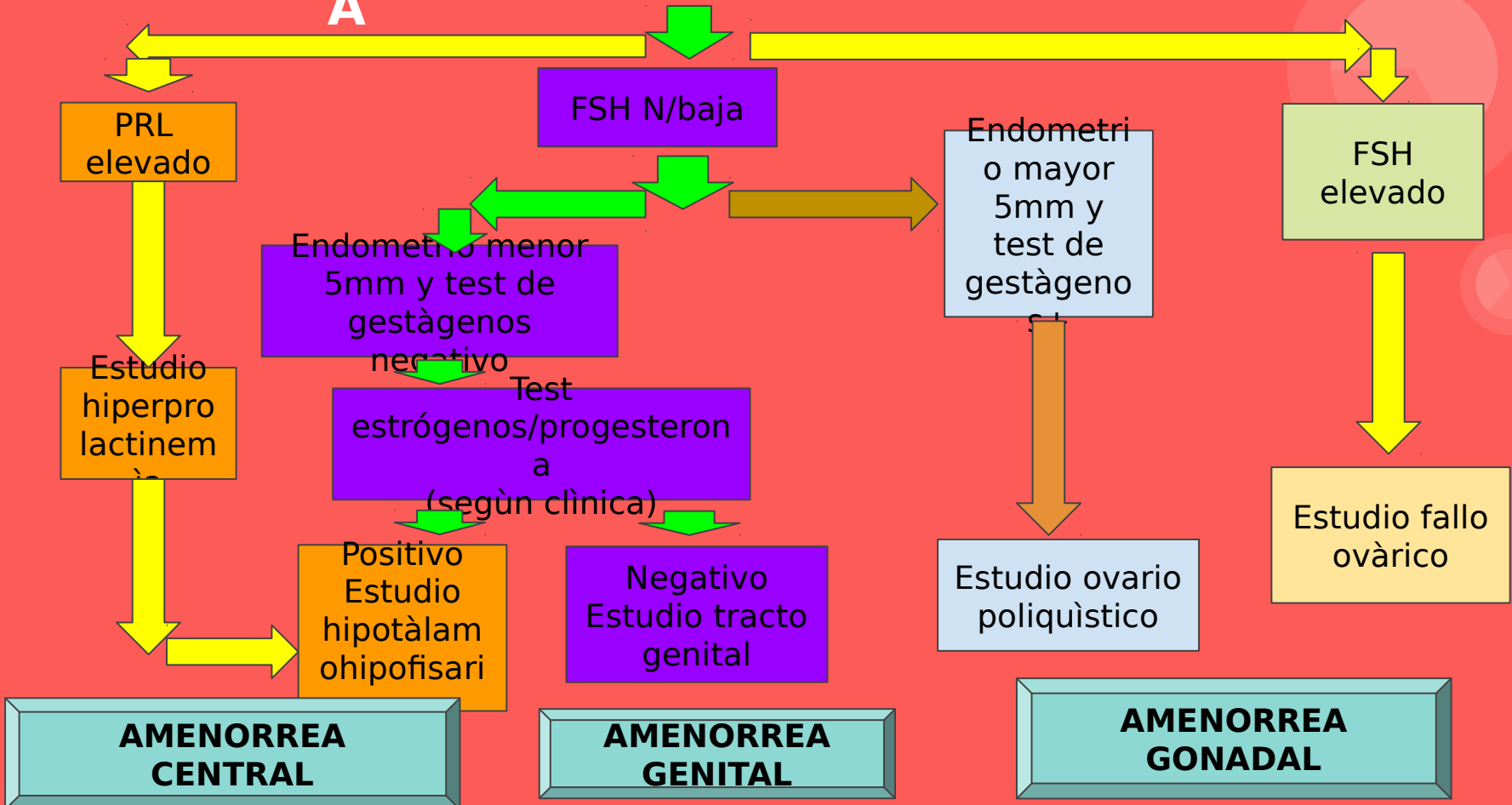
Tumor de andrògenos

Cefalea y vòmitos

RM

ANAMNESIS I EXPLORACION FSH/LH/E2/PRL/TSH.ECOGRAFÌ

A





BIBLIOGRAFIA



- 1) Fraser IS, Critchley HQ, Broder M, MG, The FIGO recommendations on terminologies and definitions for normal and abnormal uterine bleeding. Semin Reprod Med. 2011;29(5) : 383-90.doi.10.10557s0031-1287662.
- 2) Hallberg L. Hogdahl AM, Nilsson L, Rybo G. Menstrual blood loss- a population study. Variation at different ages and attempts to define normality . Acta Obstet Gynecol Scand . 1966-45:320-351
- 3) National institute for Health and Clinical Excellence Endometrial ablation service Commissioning NICE guidance Disponible 15-4-2013
- 4) ProSeGo abril 2013
- 5) Elsevier 2018
- 6) UpToDate 2023

