



Sangrado uterino anormal en la perimenopausia

11 de febrero de 2021

Nanette Santoro, MD , Elizabeth Clain, MD

Introducción

Casos clínicos

1. Una mujer de 48 años informa que sus ciclos menstruales han pasado de una media de 30 días a 25 días, y sus periodos menstruales se han alargado a 10 días de 5 días, con sangrado muy abundante intermitente (más de 2 toallas sanitarias o tampones por hora durante más de 4 horas) y manchas de sangre en las sábanas. Ella no reporta calambres asociados con sangrado. En el examen, su útero es irregular y tiene un tamaño de 10 semanas. Una ecografía pélvica indica 2 miomas, ambos de 4-5 cm de diámetro medio. Uno es claramente intramural y el segundo fibroma parece estar invadiendo la franja endometrial, que es irregular y tiene un grosor mayor de 8 mm. Los ovarios parecen de tamaño normal con un recuento de folículos antrales de 7.

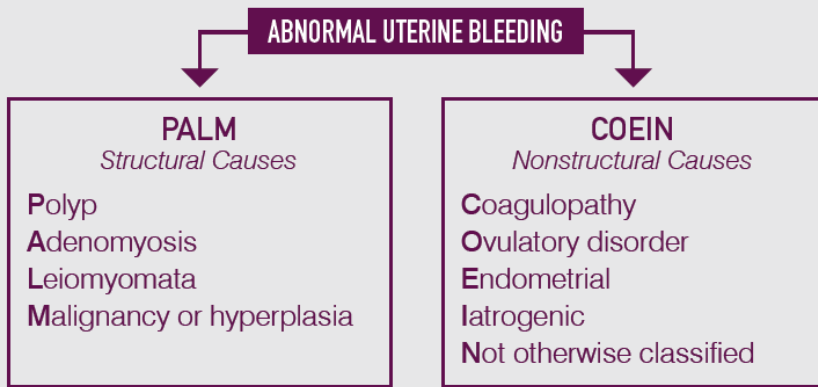
2. Una mujer de 52 años que se sometió a una ablación endometrial a los 45 años por menorragia presenta manchas irregulares durante los últimos 3 meses. Ella informa algunos calambres en asociación con su manchado, junto con un dolor sordo en su cuadrante inferior izquierdo. Su examen pélvico es negativo y una ecografía indica un endometrio irregular con 'áreas huecas'. La porción más gruesa del endometrio que se puede identificar en la sección sagital es de 3 mm. El resto de su examen de ultrasonido está dentro de los límites normales.

Prevalencia y causas del sangrado uterino anormal

El sangrado perimenopáusicos es difícil de definir porque distinguir el sangrado uterino normal del anormal (SUA) durante un momento de la vida en el que los ciclos menstruales de una mujer cambian dinámicamente requiere un grado adicional de perspicacia clínica y atención. El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) define SUA como: "sangrado del cuerpo uterino que es anormal en su regularidad, volumen, frecuencia o duración y no está asociado con el embarazo".¹

Esta entidad se separa además en SUA agudo, que requiere una evaluación inmediata de la estabilidad hemodinámica del paciente y la consideración de las modalidades de tratamiento agudo, y SUA crónico, que se define como SUA que está presente durante la mayor parte de los últimos 6 meses. Independientemente de la naturaleza aguda o crónica, el diagnóstico diferencial es el mismo y el ACOG ha adoptado el diagnóstico PALM-COEIN como sistema de clasificación preferido (Figura 1).² PALM refiere a anomalías estructurales uterinas y el 'COEIN' se refiere a condiciones no relacionadas con anomalías estructurales del útero. Se supone que se ha excluido el embarazo una vez que se ha invocado PALM-COEIN como herramienta de diagnóstico.

Figure 1. The PALM-COEIN system is used to classify causes of abnormal bleeding in nonpregnant premenopausal women.



First described in FIGO Working Group on Menstrual Disorders. *Int J Gynaecol Obstet* 2011; 113:3-13.

Figura 1. El sistema PALM-COEIN se utiliza para clasificar las causas de sangrado anormal en mujeres premenopáusicas no embarazadas. Descrito por primera vez en el Grupo de trabajo de la FIGO sobre trastornos menstruales. *Int J Gynaecol Obstet* 2011; 113: 3-13.

La prevalencia de SUA es del 3 al 30%, y las prevalencias más altas se agrupan en los extremos de la vida reproductiva: perimenarquía y perimenopausia.² Las mujeres perimenopáusicas pueden experimentar irregularidades menstruales que consisten en ciclos menstruales acortados y ciclos con o sin ovulación.³ Tanto los ciclos cortos (<21 días) como los largos (> 36 días) se asocian con patrones anovulatorios de secreción de progesterona. Es más probable que los ciclos anovulatorios estén asociados con manchado. Algunos ciclos menstruales acortados son el resultado del llamado LOOP, fenómeno de desfase lúteo, en el que la foliculogénesis comienza durante la fase lútea que precede a la menstruación.⁴ Los ciclos anovulatorios se han asociado con un sangrado más abundante que suele ser esporádico pero que puede ser agudo. Por tanto, algo de SUA en la perimenopausia puede ser fisiológico. Las lesiones estructurales del útero (PALM) como pólipos, adenomiosis, leiomiomas y neoplasias malignas no son infrecuentes en las mujeres en los años perimenopáusicos.

PÓLIPOS. En una cohorte de 64 mujeres asintomáticas con una edad media de 44 años, se observó que el 16% tenía pólipos.⁵ Otra muestra de 112 mujeres en edad reproductiva con pólipos endometriales seguidos durante casi 2 años indicó que el 15% desarrolló SUA.⁶

ADENOMIOSIS. La adenomiosis tiene una prevalencia que oscila entre el 5 y el 70%; sin embargo, el 70-80% de las mujeres que se someten a histerectomía por adenomiosis se encuentran en la cuarta o quinta década de la vida.⁷ Por lo tanto, la adenomiosis parece causar la mayoría de los síntomas alrededor de la perimenopausia. Algunos argumentan que la adenomiosis, presente en el 48% de las muestras de histerectomía, no está necesariamente asociada con sangrado y puede ser una variante normal y no una enfermedad.⁸ Sin embargo, la SUA atribuida a la adenomiosis no suele ser susceptible de tratamiento médico y, a menudo, requiere tratamiento quirúrgico.

LEIOMIOMAS. En una muestra poblacional de 650.000 mujeres estadounidenses de 18 a 65 años en el sistema de Kaiser Permanente Washington, el 15,9% de las mujeres de 50 a 54 años tenían leiomiomas, la prevalencia más alta de la muestra; las tasas máximas de incidencia se dieron entre los 45 y los 49 años.⁹ Estos números se alinean con la muestra de de Waay, et al, en la que el 23% de las mujeres tenían leiomiomas por ecografía.⁵ La tasa de crecimiento de los leiomiomas fue más rápida en las mujeres premenopáusicas y más lenta en las mujeres que estaban más cerca de su período menstrual final.

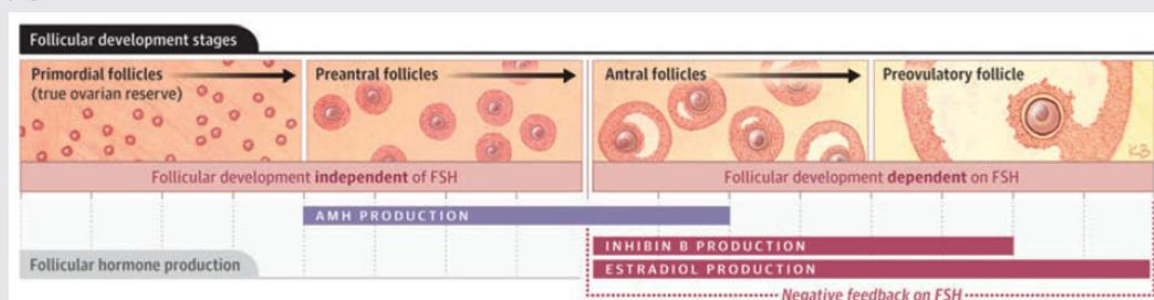
MALIGNIDAD. La edad promedio al momento del diagnóstico del cáncer de endometrio es de 60 años y los casos son relativamente poco comunes antes de los 45 años.¹⁰ Clínicamente, se recomienda que las mujeres perimenopáusicas con SUA se sometan a pruebas de detección con muestras de endometrio para descartar cáncer (ver más abajo). Dado que los patrones de sangrado son inherentemente irregulares para las mujeres perimenopáusicas, y el sangrado uterino disfuncional debido a la anovulación puede causar episodios aislados de sangrado abundante, muchas mujeres se someten a una muestra de endometrio, pero muy pocas realmente tendrán hiperplasia o cáncer. Los factores de riesgo del cáncer de endometrio se proporcionan son:

- Edad temprana en la menarquia y edad avanzada en la menopausia
- Anovulación crónica (SOP)
- Edad avanzada
- Dieta alta en grasas
- Bajos niveles de actividad física.
- Nuliparidad
- Tumores de ovario secretores de estrógeno (tumores de la granulosa)
- Resistencia a la insulina y diabetes tipo 2
- Historia previa personal de cánceres epiteliales de mama u ovario
- Antecedentes familiares de cáncer de endometrio o epitelio de colon, mama u ovario
- Estrógeno sin oposición o cierto uso de SERM (es decir, tamoxifeno)
- Historia de hiperplasia endometrial
- Radiación pélvica previa

FUENTE: www.cancer.org/cancer/endometrial-cancer/about/key-statistics

EL OTRO LADO DEL COEIN. Las coagulopatías generalmente se diagnostican más temprano en la vida; sin embargo, las mujeres perimenopáusicas pueden adquirirlas. La enfermedad de Von Willebrand (EvW) está presente en el 1% de las mujeres y el 95% de las mujeres con EvW informan sangrado menstrual abundante.¹¹ La disfunción plaquetaria puede estar presente en la EvW y la trombocitopenia inmune, que tiene una prevalencia general de 1 / 10,000, aumenta con la edad.¹¹ Los trastornos ovulatorios, descritos anteriormente, son relativamente comunes en mujeres perimenopáusicas. Hasta el 7% de las mujeres tienen síndrome de ovario poliquístico (SOP) y presentan anovulación crónica.¹² Las causas del endometrio incluyen la endometritis crónica.

Figure 2. Ovarian Follicles at Various Stages of Development.



Primordial follicles are the reserve pool from which all other follicles are derived. Preantral follicles are unresponsive to follicle-stimulating hormone (FSH) and do not produce appreciable amounts of inhibin or estradiol and therefore do not exert negative feedback upon FSH. When follicles reach the antral stage, they are visible on ultrasonography. This is the beginning of follicular negative feedback upon FSH, which influences the number of follicles that grow to achieve preovulatory status. Beyond the use of ultrasonography to quantify antral follicles, serum estradiol and (less commonly) inhibin levels can be measured. FSH can also be used as an indirect measure of the number of large follicles; here, elevated FSH results when antral follicles are diminished in number, and negative feedback is reduced. Because cycle-to-cycle variation in the number of antral follicles present in the ovary can occur, FSH levels vary cycle-to-cycle (depending on the number of antral follicles). Measurement of circulating serum antimüllerian hormone (AMH) is used to estimate the population of small growing preantral follicles. AMH levels also reflect the largest fraction of the follicle pool that can currently be measured. From Diagnosing the Onset of Menopause, JAMA 2019; 32(8):775-776. Reprinted with permission from JAMA.

Los folículos primordiales son la reserva de la que se derivan todos los demás folículos. Los folículos preantrales no responden a la hormona estimulante del folículo (FSH) y no producen cantidades apreciables de inhibina o estradiol y, por lo tanto, no ejercen una retroalimentación negativa sobre la FSH. Cuando los folículos alcanzan la etapa antral, son visibles en la ecografía. Este es el comienzo de la retroalimentación folicular negativa sobre la FSH, que influye en el número de folículos que crecen para alcanzar el estado preovulatorio. Más allá del uso de la ecografía para cuantificar los folículos antrales, se pueden medir los niveles séricos de estradiol y (con menos frecuencia) de inhibina. La FSH también se puede utilizar como una medida indirecta del número de folículos grandes; aquí, la FSH elevada se produce cuando los folículos antrales disminuyen en número y se reduce la retroalimentación negativa. Debido a que puede ocurrir una variación de ciclo a ciclo en el número de folículos antrales presentes en el ovario, los niveles de FSH varían de ciclo a ciclo (dependiendo de la cantidad de folículos antrales). La medición de la hormona antimülleriana (AMH) sérica circulante se utiliza para estimar la población de pequeños folículos preantrales en crecimiento. Los niveles de AMH también reflejan la fracción más grande del conjunto de folículos que se puede medir actualmente. De: *Diagnóstico del inicio de la menopausia*, JAMA 2019; 32 (8): 775-776. Reproducido con permiso de JAMA. Los niveles de AMH también reflejan la fracción más grande del conjunto de folículos que se puede medir actualmente. .

La verdadera prevalencia de la endometritis crónica y su definición histológica no están bien establecidas, pero el diagnóstico debe sospecharse en mujeres con hemorragia intermenstrual y síntomas generales leves. Otras formas de disfunción endometrial y falla de los mecanismos hemostáticos normales que permiten la detención de la menstruación no se conocen bien, pero parecen ser responsables de algunos casos de SUA en la perimenopausia.

La anticoagulación terapéutica y la trombocitopenia asociada a quimioterapia son posibles causas iatrogénicas de SUA, al igual que cualquier tipo de terapia hormonal exógena que pueda causar hemorragia intermenstrual. Algunos medicamentos también pueden interferir con el ciclo menstrual normal, como los antagonistas de la dopamina, y provocar una hemorragia anovulatoria acíclica (pero con mayor frecuencia causan oligomenorrea).

Finalmente, una categoría de trastornos 'No clasificados de otra manera' es responsable del resto de los casos. Estas últimas afecciones son raras, pero pueden incluir sangrado de divertículos uterinos relacionados con la cicatriz de la cesárea, que acumulan sangre y esporádicamente causan manchas.

Gestión clínica

Evaluación y Workup

La discusión de la historia de la paciente debe incluir una revisión del patrón de sangrado de la paciente, uso de anticonceptivos, factores de riesgo de cáncer de endometrio, problemas médicos, antecedentes personales o familiares de trastornos hemorrágicos subyacentes y medicamentos actuales.

El examen físico debe incluir exámenes con espéculo y bimanuales y examen de tiroides. Las pruebas de laboratorio pueden incluir un hemograma completo, pruebas de embarazo, estudios de coagulación, evaluación de trastornos hemorrágicos como la EvW y exámenes de tiroides. ^{13,14} *Los pacientes con hemorragia aguda que son hemodinámicamente inestables requieren manejo quirúrgico o tratamiento con estrógenos en dosis altas y no se discutirán más en esta revisión.* ¹

Figure 3. Approach to management of abnormal uterine bleeding in perimenopausal patients. After ruling out underlying medical disorders and pathology requiring surgical intervention, management should incorporate need for contraception and patient preferences.

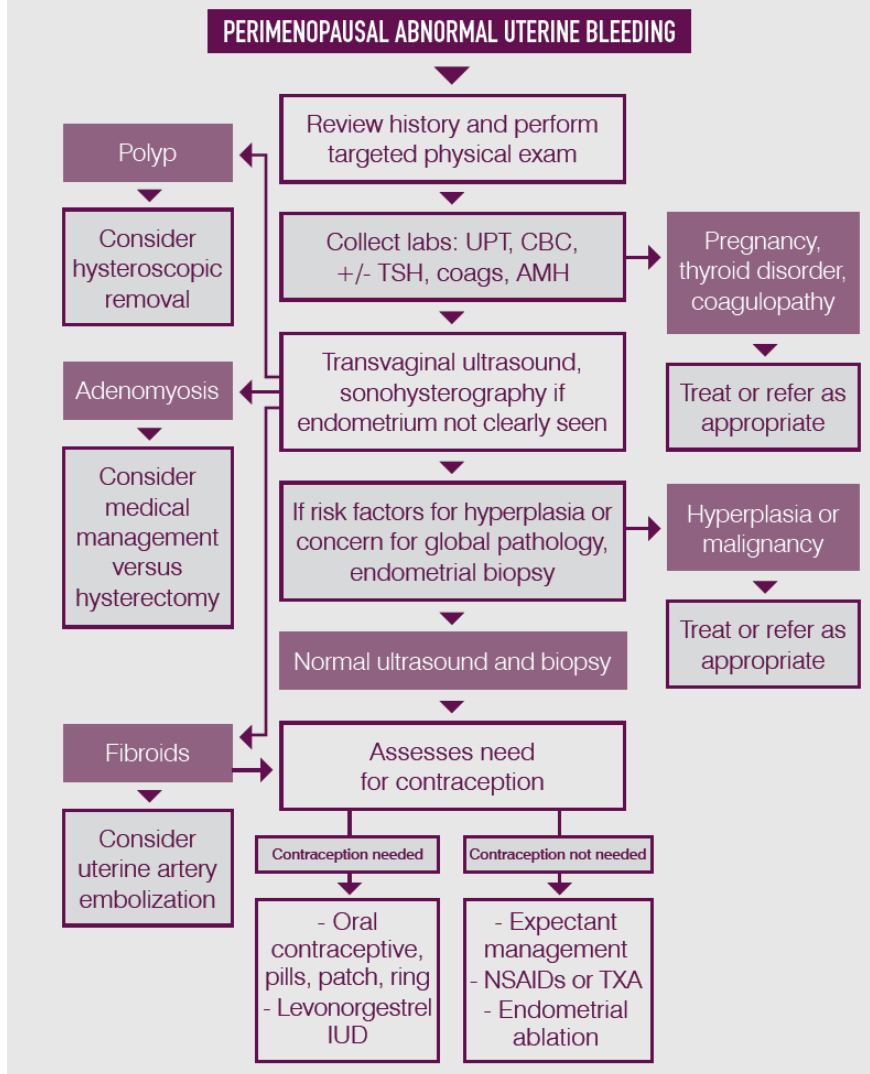


Figura 3. Abordaje del manejo del sangrado uterino anormal en pacientes perimenopáusicas. Después de descartar trastornos médicos subyacentes y patologías que requieran intervención quirúrgica, el tratamiento debe incorporar la necesidad de anticoncepción y las preferencias de la paciente.

Las causas estructurales del sangrado se evalúan mejor con una ecografía, que también puede orientar la necesidad de una muestra de endometrio para evaluar la hiperplasia o la malignidad. Si es posible, la ecografía realizada 4-6 días después del inicio del sangrado proporcionará la máxima información sobre el endometrio. Si la franja endometrial es irregular o no está claramente identificada, la sonohisterografía puede ayudar a distinguir entre cambios globales y focales.

Por lo general, la muestra de endometrio debe realizarse en mujeres mayores de 45 años con SUA y en aquellas menores de 45 con antecedentes de exposición a estrógenos sin oposición, factores de riesgo de cáncer de endometrio o tratamiento médico fallido. Es probable que una biopsia endometrial ciega pase por alto patología focal significativa, como pólipos o miomas submucosos. La histeroscopia puede estar indicada en casos seleccionados cuando se sospecha o se visualiza fuertemente una enfermedad focal en la ecografía; sin embargo, es más caro e invasivo.^{15,16}

La evaluación del tiempo probable hasta la menopausia puede ser útil cuando se analizan las opciones de tratamiento. Las mujeres que están cerca de la menopausia pueden preferir contemporizar el tratamiento médico para evitar la cirugía, mientras que aquellas para quienes la menopausia es más distante pueden priorizar la eficacia sobre la limitación de los procedimientos invasivos.

Un nivel de hormona anti-Mulleriana (AMH) > 200 ng / mL hace que la menopausia sea muy poco probable en los próximos cinco años, independientemente de la edad de la mujer, mientras que un nivel muy bajo de AMH predice la menopausia en el próximo año con un valor predictivo positivo que varía del 51% a los <48 años al 79% a los 35 años. ^{17,18}

Tratamiento

Vigilancia

Si se han descartado hiperplasia y malignidad, y el paciente no está anémico, la tranquilidad y la vigilancia son suficientes si el patrón de sangrado no es demasiado molesto. ¹³

Administración médica

Los tratamientos hormonales son el pilar del tratamiento médico para la SUA, y muchos proporcionan simultáneamente un método anticonceptivo fiable.

Los anticonceptivos hormonales combinados (incluidas las píldoras, el anillo vaginal y los parches) son eficaces para controlar muchas etiologías de la SUA y aliviarán los síntomas vasomotores y la sequedad vaginal asociados con la perimenopausia, en particular con dosis prolongadas o continuas. ¹⁹

Además, reducen el riesgo de cáncer de endometrio y ovario y pueden mantener o mejorar la densidad mineral ósea.

Sin embargo, los anticonceptivos hormonales que contienen estrógenos aumentan el riesgo de accidente cerebrovascular trombótico e infarto de miocardio, los cuales aumentan en términos de riesgo de fondo con la edad. ²⁰ Las mujeres mayores en edad reproductiva también tienen más probabilidades de tener comorbilidades médicas como hipertensión, obesidad, diabetes y enfermedades cardíacas que pueden contraindicar el uso de dosis anticonceptivas de estrógeno. ^{21,22}

Los métodos que contienen solo progestina tienen menos contraindicaciones y riesgos que los métodos que contienen estrógeno y, al mismo tiempo, proporcionan una excelente anticoncepción.

Estos incluyen píldoras de progestina sola, inyectables (acetato de medroxiprogesterona de depósito), implantes que contienen etonogestrel y el sistema intrauterino de levonorgestrel (LNG-IUS). El LNG-IUS y los POP también pueden continuarse hasta la menopausia para brindar protección endometrial a las mujeres que usan estrógeno para tratar los síntomas de la menopausia.

Los inconvenientes incluyen la falta de eficacia para los síntomas menopáusicos hipostrogénicos y un mayor riesgo de patrones de sangrado irregulares. ^{19,23}

El momento de suspender la anticoncepción hormonal en mujeres perimenopáusicas no es sencillo. Las mujeres que usan LNG-IUS o implantes que contienen etonogestrel pueden experimentar amenorrea antes de la menopausia, y las mujeres que usan anticonceptivos

hormonales combinados pueden experimentar hemorragia por privación incluso después de la menopausia.

Suspender el tratamiento hormonal para evaluar durante 12 meses la amenorrea, que define a una mujer como menopáusica, deja a la mujer en riesgo de un embarazo no deseado.

Para las mujeres que usan anticonceptivos hormonales combinados, se puede tomar una decisión compartida basada en la edad sobre cuándo dejar de tomarlos, teniendo en cuenta los antecedentes familiares de la mujer. Se ha descrito el uso de AMH17, 24 o FSH (3 30 UI / l en dos ocasiones con un intervalo de 6 a 8 semanas, medido entre 7 y 14 días después de la interrupción de las hormonas), pero estos métodos bioquímicos no se han validado en poblaciones grandes y diversas de mujeres y por tanto no puede considerarse definitivo.²² Las mujeres que usan LNG-IUS pueden comenzar la terapia de reemplazo hormonal (TRH) según sea necesario mientras continúan usando el SIU.

Los análogos de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) pueden inducir un estado hipogonadal que conduce a la atrofia endometrial.

Los agonistas están disponibles en forma inyectable (acetato de leuprolida) y los antagonistas activos por vía oral más nuevos (elagolix) han sido aprobados recientemente por la FDA para su uso en mujeres con endometriosis. El uso a largo plazo de estos compuestos está limitado por efectos secundarios hipoestrogénicos que incluyen pérdida ósea, síntomas vasomotores y atrofia vaginal, pero pueden ser útiles para ayudar a las mujeres a llegar a la menopausia.

La terapia "complementaria" con dosis bajas de noretindrona y estrógeno puede minimizar los efectos secundarios y la desmineralización ósea. Elagolix ahora está disponible en una cápsula combinada con estradiol 1 mg y acetato de noretindrona 0,5 mg.^{25,26} Está aprobado por la FDA para mujeres con fibromas uterinos que tienen sangrado excesivamente abundante.

Para las mujeres con contraindicaciones u objeciones a la terapia hormonal, los AINE programados o el ácido tranexámico pueden reducir significativamente la pérdida de sangre menstrual.^{25,27}

Histeroscopia

Los pólipos uterinos y los fibromas submucosos generalmente se pueden tratar de manera efectiva y eficiente con extirpación histeroscópica. La eliminación incompleta y el recrecimiento pueden causar hemorragias recurrentes.

Se ha informado que los pólipos tienen una tasa de incidencia acumulada de hasta el 12% anual; por lo tanto, la SUA recurrente en una mujer previamente tratada por pólipos debe tratarse de manera proactiva.⁵

Ablación

La ablación o resección endometrial proporciona una reducción significativa del sangrado para muchas mujeres, con un tiempo de recuperación más corto y un regreso al trabajo más rápido que la histerectomía, y tasas de satisfacción del paciente comparables.²⁸

Sin embargo, aproximadamente el 20% de las mujeres que se someten a ablación endometrial posteriormente se someterán a una histerectomía.²⁹ La ablación hace que la evaluación posterior del endometrio sea un desafío y, a veces, imposible, dejando a las mujeres en riesgo de hemorragia posmenopáusica que no puede evaluarse adecuadamente, así como los cánceres de endometrio que se presentan tarde debido a la falta de hemorragia.³⁰

Embolización de la arteria uterina (EAU) y ecografía focalizada

La EAU es un procedimiento de radiología intervencionista mediante el cual se ocluyen las arterias uterinas, con el objetivo de provocar necrosis. Los EAU se asocian con una estancia hospitalaria más corta y un retorno más rápido a la actividad completa, pero un mayor riesgo de complicaciones menores en comparación con la histerectomía,³² y tuvieron puntuaciones de satisfacción y calidad de vida comparables en un estudio aleatorizado.

Entre las que se sometieron a EAU, el 24% se sometió a una histerectomía en el quinto año posoperatorio y el 35% en el décimo.³¹

Un ensayo reciente, aleatorizado y controlado de EAU versus ecografía centrada en RM informó resultados similares, aunque EAU tuvo una tasa más baja de reintervención.³³

Histerectomía

Si bien la histerectomía es el tratamiento definitivo para el sangrado anormal, conlleva un riesgo de complicaciones de aproximadamente el 8%, por lo que es mejor reservarla para pacientes que han fracasado con el tratamiento conservador.³⁴

Consideraciones de gestión basada en casos

Caso 1

- El sangrado perimenopáusico puede deberse a causas estructurales (pólipos, adenomiosis, leiomiomas, malignidad) o causas no estructurales (coagulopatía, disfunción ovulatoria, factores endometriales, iatrogénicos o “no clasificados de otra manera”). La malignidad y la disfunción ovulatoria en particular son más comunes en esta población.
- La evaluación inicial incluye antecedentes y examen físico, ecografía y posible sonohisterografía con infusión de solución salina o biopsia endometrial.
- Se pueden usar tratamientos hormonales, al igual que con las mujeres premenopáusicas, pero las comorbilidades más frecuentes y una posible necesidad de transición a la terapia de reemplazo hormonal pueden influir en la elección del tratamiento. Los análogos de GnRH orales más nuevos también pueden ser útiles.
- Se pueden considerar procedimientos como la polipectomía histeroscópica, la ablación endometrial y la embolización de la arteria uterina cuando las hormonas no son útiles o están contraindicadas, aunque la ablación en particular puede dificultar la evaluación posterior del endometrio.
- La histerectomía sigue siendo una opción razonable para las mujeres que han fracasado con un tratamiento más conservador.

La verdadera prevalencia de la endometritis crónica y su definición histológica no están bien establecidas, pero el diagnóstico debe sospecharse en mujeres con hemorragia intermenstrual y síntomas generales leves. Otras formas de disfunción endometrial y falla de los mecanismos hemostáticos normales que permiten la detención de la menstruación no se conocen bien, pero parecen ser responsables de algunos casos de SUA en la perimenopausia.

La anticoagulación terapéutica y la trombocitopenia asociada a quimioterapia son posibles causas iatrogénicas de SUA, al igual que cualquier tipo de terapia hormonal exógena que pueda causar hemorragia intermenstrual. Algunos medicamentos también pueden interferir con el ciclo menstrual normal, como los antagonistas de la dopamina, y provocar una hemorragia anovulatoria acíclica (pero con mayor frecuencia causan oligomenorrea).

Finalmente, una categoría de trastornos 'No clasificados de otra manera' es responsable del resto de los casos. Estas últimas afecciones son raras, pero pueden incluir sangrado de divertículos uterinos relacionados con la cicatriz de la cesárea, que acumulan sangre y esporádicamente causan manchas.

Consideraciones de los casos clínicos

Caso 1

El patrón de sangrado cambiante de esta paciente puede atribuirse parcialmente a su estado perimenopáusico, pero es probable que haya una contribución de sus fibromas. Las píldoras de progesterona sola, como la noretindrona, pueden disminuir su sangrado, aunque los fibromas pueden crecer y ella corre el riesgo de hipoestrogenismo con síntomas de la menopausia y un patrón de sangrado irregular.

El implante de DMPA o etonogestrel ofrecería anticoncepción, pero podría tener efectos secundarios hipoestrogénicos más pronunciados y sangrado irregular que las píldoras.

Los métodos combinados de estrógeno y progesterona pueden tener un mejor perfil de sangrado, siempre que no tenga contraindicaciones. Si su cavidad uterina no está significativamente distorsionada, un DIU-LNG puede ofrecer control del sangrado y anticoncepción con menos riesgo de hipoestrogenismo.

La nueva combinación de elagolix y estradiol en dosis bajas con noretindrona puede proporcionar control del sangrado y ayudar a la paciente a llegar a la menopausia. Antes de considerar una histerectomía, la EAU es otra opción no quirúrgica potencial.

Caso 2

Un primer paso crucial para esta paciente es evaluar su estado menopáusico. Si aún no está en la menopausia, es razonable observarla.

Sin embargo, si ella es posmenopáusica o su estado menopáusico no está claro, se necesita una evaluación endometrial. No existe un grosor endometrial "normal" para un útero postablación, por lo que la ecografía por sí sola no es suficiente.

Se puede intentar una biopsia endometrial a través de un catéter de Pipelle, pero a menudo no tiene éxito y es posible que no evalúe toda la cavidad uterina. La histeroscopia con biopsias dirigidas es la mejor opción para el muestreo, pero puede ser difícil debido a la cicatrización obstructiva. Si no se puede visualizar toda la cavidad, se debe considerar una histerectomía.³⁰

Para llevarse:

- El sangrado perimenopáusico puede deberse a causas estructurales (pólipos, adenomiosis, leiomiomas, malignidad) o causas no estructurales (coagulopatía, disfunción ovulatoria, factores endometriales, iatrogénicos o "no clasificados de otra manera"). La malignidad y la disfunción ovulatoria en particular son más comunes en esta población.
- La evaluación inicial incluye antecedentes y examen físico, ecografía y posible sonohisterografía con infusión de solución salina o biopsia endometrial.
- Se pueden usar tratamientos hormonales, al igual que con las mujeres premenopáusicas, pero las comorbilidades más frecuentes y una posible necesidad de transición a la terapia de reemplazo hormonal pueden influir en la elección del tratamiento. Los análogos de GnRH orales más nuevos también pueden ser útiles.
- Se pueden considerar procedimientos como la polipectomía histeroscópica, la ablación endometrial y la embolización de la arteria uterina cuando las hormonas no son útiles o están

contraindicadas, aunque la ablación en particular puede dificultar la evaluación posterior del endometrio.

- La histerectomía sigue siendo una opción razonable para las mujeres que han fracasado con un tratamiento más conservador.

Traducción y adaptación: Dra. Patricia Cingolani

Fuente: https://www.contemporaryobgyn.net/view/perimenopausal-abnormal-uterine-bleeding?fbclid=IwAR1dL-y9ZsHYAvagaLPXBzRbGMDPq_mmVCKSa4Ptyp8_E_RqEmz4j1pMkg8

Referencias

1. ACOG. Opinión del Comité 557: Manejo del sangrado uterino anormal agudo en mujeres no embarazadas en edad reproductiva. *Obstet Gynecol*, abril de 2013; 121 (4): 891-6.
2. Munro MG, Critchley HO, Broder MS, Fraser IS. Sistema de clasificación FIGO (PALM-COEIN) para las causas de sangrado uterino anormal en mujeres en edad reproductiva que no están embarazadas. *Int J Gynaecol Obstet*, abril de 2011; 113 (1): 3-13.
3. Van Voorhis BJ, Santoro N, Harlow S, Crawford SL, Randolph J. La relación de los patrones de sangrado con las hormonas reproductivas diarias en mujeres que se acercan a la menopausia. *Obstet Gynecol*, julio de 2008; 112 (1): 101-8.
4. Hale GE, Hughes CL, Burger HG, Robertson DM, Fraser IS. Patrones atípicos de secreción de estradiol y ovulación causados por eventos lúteos fuera de fase (LOOP) subyacentes a los ciclos menstruales ovulatorios irregulares en la transición menopáusica. *Menopausia* 2009 enero-febrero; 16 (1): 50-9.
5. DeWaay DJ, Syrop CH, Nygaard IE, Davis WA, Van Voorhis BJ. Historia natural de los pólipos uterinos y los leiomiomas. *Obstet Gynecol*, julio de 2002; 100 (1): 3-7.
6. Wong M, Crnobrnja B, Liberale V, Dharmarajah K, Widschwendter M, Jurkovic D. La historia natural de los pólipos endometriales. *Hum Reprod*, febrero de 2017; 32 (2): 340-5.
7. Taran FA, Stewart EA, Brucker S. Adeniosis: epidemiología, factores de riesgo, fenotipo clínico y alternativas quirúrgicas e intervencionistas a la histerectomía. *Geburtshilfe Frauenheilkd* 2013 septiembre; 73 (9): 924-31.
8. Weiss G, Maseelall P, Schott LL, Brockwell SE, Schocken M, Johnston JM. ¿La adeniosis es una variante, no una enfermedad? Evidencia de mujeres menopáusicas histerectomizadas en el Estudio de la salud de la mujer en todo el país (SWAN). *Fertil Steril* Enero de 2009; 91 (1): 201-6.
9. Yu O, Scholes D, Schulze-Rath R, Grafton J, Hansen K, Reed SD. Un estudio poblacional de EE. UU. Sobre la incidencia, las tendencias y la prevalencia del diagnóstico de fibromas uterinos: 2005 a 2014. *Am J Obstet Gynecol* 2018 Dec; 219 (6): 591.e1-e8.
10. Sociedad Americana del Cáncer. Hechos y cifras 2020. <https://www.cancer.org/cancer/endometrial-cancer/about/key-statistics>. Consultado en agosto de 2020.
11. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Datos y estadísticas sobre la enfermedad de von Willebrand. <https://www.cdc.gov/ncbddd/vwd/data.html>. Consultado en agosto de 2020.
12. Azziz R, Woods KS, Reyna R, Key TJ, Knochenhauer ES, Yildiz BO. Prevalencia y características del síndrome de ovario poliquístico en una población no seleccionada. *J Clin Endocrinol Metab*, junio de 2004; 89 (6): 2745-9.
13. Goldstein SR, Lumsden MA. Sangrado uterino anormal en la perimenopausia. *Climaterio* 2017 Octubre; 20 (5): 414-20.
14. Delamater L, Santoro N. Manejo de la Perimenopausia. *Clin Obstet Gynecol*, septiembre de 2018; 61 (3): 419-32.

15. Goldstein SR, Zeltser I, Horan CK, Snyder JR, Schwartz LB. Triage basado en ecografía para pacientes perimenopáusicas con sangrado uterino anormal. *Am J Obstet Gynecol* julio de 1997; 177 (1): 102-8.
16. ACOG. Boletín de práctica 128: Diagnóstico de hemorragia uterina anormal en mujeres en edad reproductiva. *Obstet Gynecol*, julio de 2012; 120 (1): 197-206.
17. Finkelstein JS, Lee H, Karlamangla A, Neer RM, Sluss PM, Burnett-Bowie SM, et al. La hormona antimülleriana y la menopausia inminente en la edad reproductiva tardía: el estudio de la salud de la mujer en todo el país. *J Clin Endocrinol Metab* 2020 1 de abril; 105 (4): e1862-71.
18. Santoro N. Uso de hormona antimülleriana para predecir la fertilidad. *Jama*, 10 de octubre de 2017; 318 (14): 1333-4.
19. Long ME, Faubion SS, MacLaughlin KL, Pruthi S, Casey PM. Anticoncepción y manejo hormonal en la perimenopausia. *J Womens Health (Larchmt)*, enero de 2015; 24 (1): 3-10.
20. Lidegaard Ø, Løkkegaard E, Jensen A, Skovlund CW, Keiding N. Accidente cerebrovascular tromبótico e infarto de miocardio con anticoncepción hormonal. *N Engl J Med* 2012 14 de junio; 366 (24): 2257-66.
21. Curtis KM, Jatlaoui TC, Tepper NK, Zapata LB, Horton LG, Jamieson DJ, et al. Recomendaciones de prácticas seleccionadas de EE. UU. Para el uso de anticonceptivos, 2016. *MMWR Recomm Rep* 2016 29 de julio; 65 (4): 1-66.
22. Baldwin MK, Jensen JT. Anticoncepción durante la perimenopausia. *Maturitas* 2013 noviembre; 76 (3): 235-42.
23. Sitruk-Ware R. El sistema intrauterino de levonorgestrel para uso en mujeres peri y posmenopáusicas. *Anticoncepción* 2007 Jun; 75 (6 Suppl): S155-60.
24. Santoro N, Johnson J. Diagnóstico del inicio de la menopausia. *Jama* 2019 22 de julio.
25. Bradley LD, Gueye NA. El tratamiento médico del sangrado uterino anormal en mujeres en edad reproductiva. *Am J Obstet Gynecol*, enero de 2016; 214 (1): 31-44.
26. Schlaff WD, Ackerman RT, Al-Hendy A, Archer DF, Barnhart KT, Bradley LD y col. Elagolix para sangrado menstrual abundante en mujeres con fibromas uterinos. *N Engl J Med* 2020 23 de enero; 382 (4): 328-40.
27. Bofill Rodríguez M, Lethaby A, Farquhar C. Medicamentos antiinflamatorios no esteroides para el sangrado menstrual abundante. *Cochrane Database Syst Rev* 2019 19 de septiembre; 9 (9): Cd000400.
28. Fergusson RJ, Bofill Rodríguez M, Lethaby A, Farquhar C. Resección y ablación endometrial versus histerectomía para sangrado menstrual abundante. *Cochrane Database Syst Rev* 2019 29 de agosto; 8 (8): Cd000329.
29. Soini T, Rantanen M, Paavonen J, Grénman S, Mäenpää J, Pukkala E y otros. Seguimiento a largo plazo después de la ablación endometrial en Finlandia: riesgos de cáncer e histerectomías posteriores. *Obstet Gynecol*, septiembre de 2017; 130 (3): 554-60.
30. Ablación endometrial y sangrado posmenopáusicos. En: Sokol RJ, editor. *Actualización ACOG*; 2018; 2018.
31. de Bruijn AM, Ankum WM, Reekers JA, Birnie E, van der Kooij SM, Volkers NA, et al. Embolización de la arteria uterina frente a histerectomía en el tratamiento de los fibromas uterinos sintomáticos: resultados a 10 años del ensayo EMMY aleatorizado. *Am J Obstet Gynecol*, diciembre de 2016; 215 (6): 745.e1-.e12.
32. Gupta JK, Sinha A, Lumsden MA, Hickey M. Embolización de la arteria uterina para fibromas uterinos sintomáticos. *Cochrane Database Syst Rev* 2014 26 de diciembre (12): Cd005073.
33. Laughlin-Tommaso S, Barnard EP, AbdElmagied AM, Vaughan LE, Weaver AL, Hesley GK, et al. Estudio FIRSST: ensayo controlado aleatorio de embolización de la arteria uterina frente a cirugía ecográfica focalizada. *Am J Obstet Gynecol*, febrero de 2019; 220 (2): 174.e1-.e13.
34. Louie M, Strassle PD, Moulder JK, Dizon AM, Schiff LD, Carey ET. Peso uterino y complicaciones tras histerectomía abdominal, laparoscópica y vaginal. *Am J Obstet Gynecol*, noviembre de 2018; 219 (5): 480.e1-.e8