

Menorragia

(Actualizado en Septiembre de 2002)

INTRODUCCIÓN

La Menorragia es un síntoma que se define como un sangrado menstrual excesivo, durante varios ciclos consecutivos en una mujer en edad fértil.

La menorragia puede ser debida a una cantidad excesiva, estimada en una cuantía superior a 80 ml por menstruación, o a una duración del sangrado menstrual que exceda de siete días, o a la suma de ambas circunstancias. Constituye un motivo de consulta médica muy frecuente, así como una de las causas mas importantes de anemia en la mujer occidental y de cirugía sobre el útero.

DIAGNÓSTICO

Ante una paciente que consulta por Menorragia al clínico se le plantean dos problemas diagnósticos. En primer lugar, la constatación de la existencia de la menorragia y, en segundo lugar, la causa que la origina.

Si tenemos en cuenta que, en la práctica clínica, no es factible realizar de forma sistemática la cuantificación objetiva del sangrado menstrual, el diagnóstico de la existencia de menorragia se basa, fundamentalmente, en la información obtenida de la propia mujer a través de la Historia Clínica, mediante la reconstrucción detallada de las características (duración, intensidad e intervalo) de las seis últimas menstruaciones, representadas en el Esquema de Kalmembach. No obstante, hay que tener en cuenta que la percepción de la mujer, de su propia intensidad de sangrado menstrual, no siempre coincide con la pérdida de sangre medida de forma objetiva, como han demostrado varios estudios clásicos.

Una vez determinadas las características del sangrado menstrual es importante descartar la existencia de otras alteraciones menstruales como metrorragia, sangrado intermenstrual y coitorragia, así como la coexistencia de otros síntomas como dolor o leucorrea.

Establecido el diagnóstico de menorragia es preciso averiguar la causa que la produce. En un 50% de los casos es secundaria a causas orgánicas, siendo idiopática en el resto de los casos. Entre las causas orgánicas de origen genital se encuentran, fundamentalmente, la patología tumoral del útero y el uso de dispositivos intrauterinos y, entre las no ginecológicas, las alteraciones de la coagulación, la patología tiroidea, la hepática y la renal, así como el empleo de diferentes tipos de fármacos (anticoagulantes, psicotropos, corticoides...).

El primer paso en el diagnóstico etiológico de la menorragia, consiste en establecer si se trata de una causa orgánica (de origen genital o extra-genital), yatrogénica o idiopática y las herramientas que deben emplearse de forma sistemática son:

1.-Anamnesis: Herramienta de gran utilidad para descartar causas yatrogénicas, o para establecer el diagnóstico de sospecha de causas orgánicas extragenitales, en función de los datos obtenidos en la investigación de los antecedentes personales, de las enfermedades actuales, del uso de métodos anticonceptivos y de los tratamientos farmacológicos que emplea la paciente.

2.-Exploración genital (abdominal, inspección genital y tacto bimanual): Permite el diagnóstico de un gran número de causas relacionadas con la patología orgánica genital (tumores uterinos...).

Una vez realizada la anamnesis y la exploración genital deben de haberse establecido el/los diagnósticos de probabilidad, por lo que el resto de las pruebas complementarias deben de realizarse, no de forma sistemática, sino dirigida, en función de las hipótesis diagnósticas. Las exploraciones más empleadas para evaluar el impacto sistémico de la menorragia, realizar el diagnóstico de certeza y el diagnóstico diferencial son (ver Algoritmo 1):

- Realización de un Hemograma que permite evaluar el impacto sistémico del sangrado. No es necesario determinar de forma sistemática la concentración sérica de ferritina.
- Hormonas Tiroideas: Deben de realizarse en caso de sospecha de patología tiroidea de base (hiper o hipotiroidismo), pero no de forma sistemática.
- Ecografía Transvaginal: Es recomendable para descartar patología endocavitaria uterina.
- Biopsia del endometrio: Recomendable en mujeres con menorragia persistente.
- Histeroscopia: Indicada en mujeres con sospecha de patología endocavitaria uterina, ya que permite la visualización directa de la cavidad uterina y proporciona la oportunidad de realizar una biopsia endometrial dirigida.
- Legrado uterino: Solo justificado en los casos de sospecha de patología endocavitaria uterina cuando no exista posibilidad de realizar una histeroscopia.

TRATAMIENTO

Una vez finalizado el proceso diagnóstico es preciso establecer las estrategias terapéuticas. En el caso de que la menorragia sea de causa orgánica (tumor uterino, pólipo endometrial, hiper o hipotiroidismo...), el tratamiento de primera elección será el correspondiente al proceso causal. En el caso de que se trate de una menorragia idiopática, o secundaria al empleo de un dispositivo intrauterino (DIU), existen varias opciones farmacológicas, respaldadas con evidencia científica grado A, obtenida a partir de ensayos aleatorios y controlados:

-El ácido tranexámico, el ácido Mefenámico y los contraceptivos orales: Han demostrado ser eficaces para reducir la pérdida de sangre menstrual.

-Los fármacos antifibrinolíticos y los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) son eficaces para reducir la pérdida sanguínea en portadoras de DIU con menorragia.

-El Dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel, no solo ha demostrado su eficacia en la reducción del sangrado menstrual, sino que debe de considerarse una alternativa al tratamiento quirúrgico.

Por el contrario, no existe evidencia de que sean eficaces en el tratamiento de la menorragia, ni el etamsilato, ni la administración de noretisterona, a dosis bajas, en la fase lútea del ciclo. Otros fármacos considerados de segunda elección como el danazol, la gestrinona y los análogos de la Gn-RH son eficaces en la reducción de la cantidad de sangrado menstrual, sin embargo, sus efectos secundarios y su elevado coste, no justifican su empleo como fármacos de primera elección.

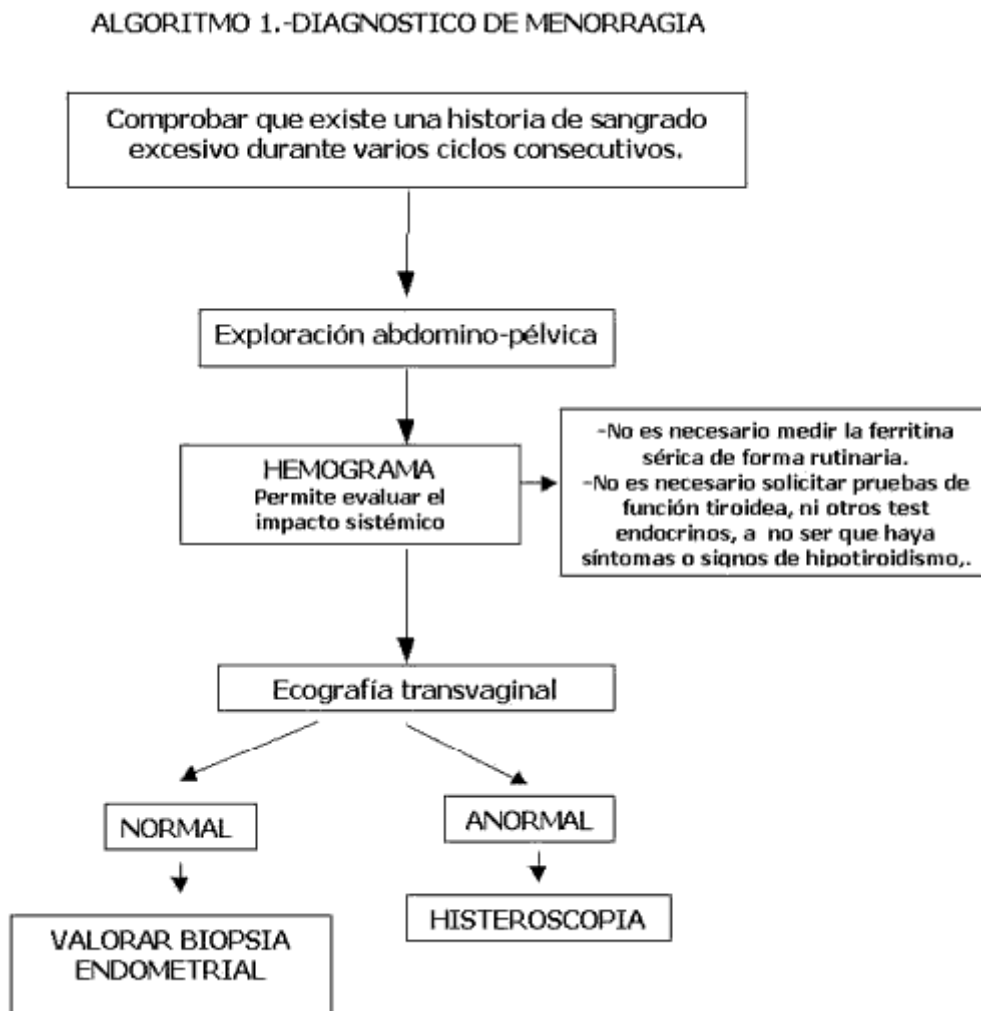
La falta de respuesta al tratamiento médico, o el deseo de la paciente obliga, en ocasiones, a adoptar una estrategia de tratamiento quirúrgico, las opciones terapéuticas que han demostrado eficacia grado A son: la ablación endometrial y la histerectomía.

La elección de uno u otro tratamiento, además de depender del análisis del riesgo-beneficio individualizado consensuado con la paciente, va a estar condicionado por otros dos factores: la presencia o no de un DIU de cobre y la existencia o no de deseo gestacional por parte de la paciente (ver Algoritmo 2).

1. *Menorragia idiopática con deseo gestacional*: La opción de primera elección es el tratamiento durante tres meses con ácido mefenámico o tranexámico.
2. *Menorragia idiopática asociada a DIU de Cobre*: Existen dos opciones de primera elección. Asociar al DIU de Cobre un tratamiento durante tres meses con ácido Tranexámico o Mefenámico y evaluar posteriormente la respuesta, o directamente proceder a la sustitución del DIU de Cobre por un DIU liberador de levonorgestrel .
3. *Menorragia idiopática sin deseo gestacional*: La primera opción es el tratamiento médico con tres alternativas: el empleo de contraceptivos orales, la inserción de un DIU liberador de levonorgestrel, o el empleo de gestágenos a largo plazo.

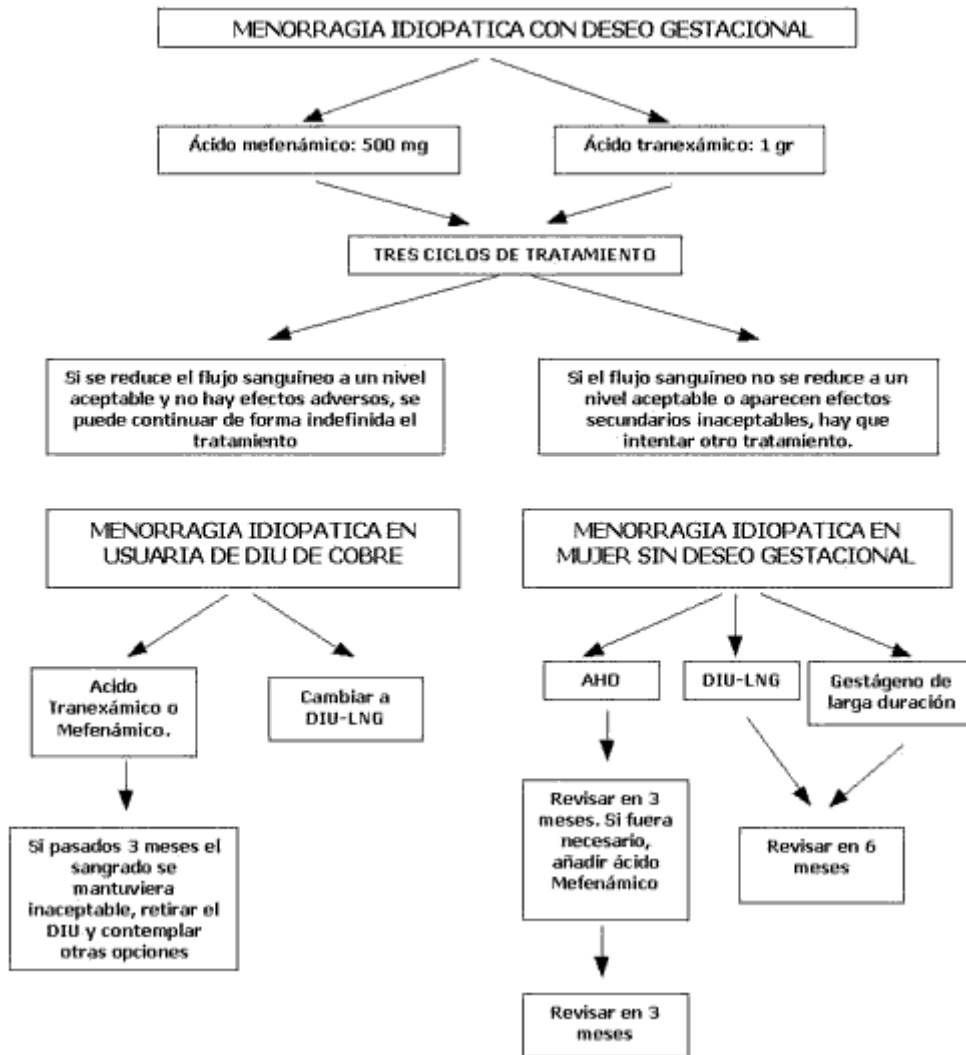
En las dos últimas situaciones, en el caso de fracasar las alternativas de tratamiento farmacológico o médico, sería necesario optar por la ablación endometrial o la histerectomía.

Algoritmo 1



Algoritmo 2

ALGORITMO 2.-TRATAMIENTO DE LA MENORRAGIA IDIOPÁTICA



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. The Initial Management of menorrhagia. Evidence-based clinical guidelines N°1. February. 1998. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.
2. The Management of menorrhagia in Secondary Care. Evidence-based clinical guidelines N° 5. July. 1999. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.
3. Meno-Metrorragias. Documento de Consenso. SEGO. Junio. 1998

«Los Protocolos Asistenciales en Ginecología y Obstetricia y los Protocolos de Procedimientos Diagnósticos y Terapéuticos de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia pretenden contribuir al buen quehacer profesional de todos los ginecólogos, especialmente de los más alejados de los grandes hospitales y clínicas universitarias. Presentan métodos y técnicas de atención clínica aceptadas y utilizadas por especialistas en cada tema. Estos protocolos no deben interpretarse de forma rígida ni excluyente, sino que deben servir de guía para la atención individualizada a las pacientes. No agotan todas las posibilidades ni pretenden sustituir a los protocolos ya existentes en departamentos y servicios hospitalarios».