

Sangrado Uterino Anormal (SUA)

Bibliografía base: Williams Ginecología. 4.^a edición. McGraw-Hill; 2020.

Introducción

El **sangrado uterino anormal (SUA)** es uno de los motivos más frecuentes de consulta ginecológica. El término abarca cualquier **alteración en la cantidad, duración, regularidad o frecuencia del sangrado menstrual** que no se explique por embarazo ni por causas estructurales identificables.

El *Williams Ginecología* resalta que la comprensión del SUA debe realizarse bajo la **clasificación FIGO PALM-COEIN**, que agrupa las causas **estructurales** y **no estructurales**.

Fisiología del Ciclo Menstrual Normal



Mecanismo hormonal

En condiciones fisiológicas, el sangrado menstrual resulta de la **caída de los niveles de estrógenos y progesterona**, lo que produce **vasoconstricción espiralada y descamación del endometrio secretor**.



Duración normal

3-8 días

Intervalo entre ciclos: **24-38 días**



Pérdida sanguínea

Pérdida sanguínea promedio: **30-40 mL** (rara vez >80 mL)

El SUA aparece cuando se alteran uno o más de estos parámetros por **disfunción hormonal, estructural o sistémica**.

Clasificación FIGO (PALM-COEIN)

El sistema **PALM-COEIN (FIGO 2011, adoptado por Williams)** clasifica las causas del SUA en dos grupos principales:

| Grupo | Causa | Naturaleza |
|-------|--------------------------------------|----------------|
| P | Pólipo endometrial | Estructural |
| A | Adenomiosis | Estructural |
| L | Leiomioma (submucoso o de otro tipo) | Estructural |
| M | Malignidad e hiperplasia endometrial | Estructural |
| C | Coagulopatía | No estructural |
| O | Disfunción ovulatoria | No estructural |
| E | Endometrial (local) | No estructural |
| I | Iatrogénico | No estructural |
| N | No clasificado aún | No estructural |

 Williams Ginecología, 4.ª ed.

Causas Estructurales (PALM)

1

Pólipo endometrial

- Crecimiento localizado del endometrio funcional o basal.
- Causa sangrado intermenstrual o postcoital.

2

Adenomiosis

- Presencia de glándulas endometriales dentro del miometrio.
- Utero aumentado, dismenorrea y menorragia.

3

Leiomiomas

- Tumores benignos del músculo liso; los **submucosos** alteran la cavidad y causan sangrado abundante.

4

Malignidad / hiperplasia endometrial

- Resultan de **exposición estrogénica sin oposición** (anovulación, obesidad, terapia hormonal).
- Importante descartar en **mujeres >40 años** o con riesgo de cáncer endometrial.

Causas No Estructurales (COEIN)



Coagulopatías

Enfermedad de Von Willebrand, trombocitopenia, anticoagulantes. Menorragia desde la menarquia.



Distunción ovulatoria

Ocurre cuando no hay pico de LH ni cuerpo lúteo → ausencia de progesterona. Endometrio expuesto a estrógenos de manera continua → proliferación irregular → sangrado impredecible. Frecuente en adolescencia, perimenopausia, SOP, hipotiroidismo, obesidad.



Causas endometriales

Alteración local en mecanismos hemostáticos (exceso de prostaglandinas E_2 y activador tisular del plasminógeno). Sangrado regular pero excesivo, con ovulación normal.



Iatrogénicas

Anticonceptivos hormonales, anticoagulantes, dispositivos intrauterinos, tamoxifeno.



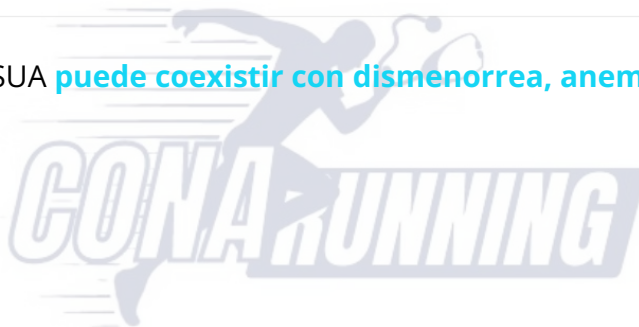
No clasificadas

Etiologías raras: malformaciones arteriovenosas, endometritis crónica, síndrome de Asherman.

Presentación Clínica

| Tipo de alteración | Descripción |
|---|--|
| Menorragia (hipermenorrea) | Sangrado excesivo (>80 mL o >8 días) |
| Metrorragia | Sangrado irregular entre períodos |
| Polimenorrea | Intervalos <24 días |
| Oligomenorrea | Intervalos >38 días |
| Amenorrea | Ausencia >3 ciclos consecutivos |
| Sangrado intermenstrual / postcoital | Fuera del ciclo habitual, sugiere patología cervical o endometrial |

El *Williams* subraya que el SUA **puede coexistir con dismenorrea, anemia o infertilidad** según la causa.



Evaluación Clínica

Historia clínica

- Duración, frecuencia, cantidad y patrón del sangrado.
- Edad, menarquia, perimenopausia, métodos anticonceptivos.
- Comorbilidades (tiroides, hepáticas, hematológicas).

Examen físico

- Signos de anemia, hipotiroidismo o galactorrea.
- Examen pélvico bimanual: tamaño y forma uterina.
- Especuloscopia: descartar lesión cervical.

Evaluación diagnóstica

- Test de embarazo (β -hCG)
- Hemograma
- TSH, prolactina, FSH, LH
- Ecografía transvaginal
- Biopsia endometrial

| Estudio | Utilidad |
|-----------------------------------|---|
| Test de embarazo (β -hCG) | Siempre debe realizarse inicialmente |
| Hemograma | Evalúa anemia |
| TSH, prolactina, FSH, LH | Disfunción ovulatoria o tiroidea |
| Ecografía transvaginal | Primera línea de imagen; evalúa pólipos, miomas, grosor endometrial |
| Histerosonografía / histeroscopia | Diagnóstico de lesiones intracavitarias |
| Biopsia endometrial | En mujeres >40 años o con riesgo de cáncer endometrial |

Williams enfatiza que la **biopsia endometrial es obligatoria** en sangrado anormal posmenopáusico o persistente.

Fisiopatología del SUA Anovulatorio



Ausencia de ovulación

No hay pico de LH ni cuerpo lúteo



Estimulación estrogénica continua

Endometrio sin progesterona



Hiperplasia endometrial irregular

Proliferación sin control



Necrosis focal y sangrado irregular

Resultado final

Característico en **adolescentes, perimenopáusicas y pacientes con SOP.**

Manejo Terapéutico

Objetivos

- Controlar el sangrado.
- Corregir la anemia.
- Restaurar la regularidad menstrual.
- Prevenir recurrencias y preservar fertilidad.



Manejo Terapéutico

Tratamiento médico (primera línea)

| Grupo terapéutico | Fármaco / esquema | Efecto |
|----------------------------------|--|----------------------------------|
| Antiinflamatorios (AINEs) | Ibuprofeno, naproxeno durante menstruación | Disminuyen flujo 20–50 % |
| Antifibrinolíticos | Ácido tranexámico 1 g c/8 h (máx. 5 días) | Inhiben fibrinólisis local |
| Anticonceptivos combinados | 21 días c/7 descanso o régimen continuo | Regulan ciclo y reducen sangrado |
| Progestágenos cíclicos | Medroxiprogesterona 10 mg/día × 10–14 días/mes | Estabilizan endometrio |
| DIU con levonorgestrel (LNG-IUS) | 20 µg/día por 5 años | Reduce sangrado hasta 90 % |
| Agonistas GnRH | Leuprolide 3,75 mg/mes (máx. 6 meses) | Supresión hipotalámica temporal |

 Williams Ginecología, 4.ª ed.

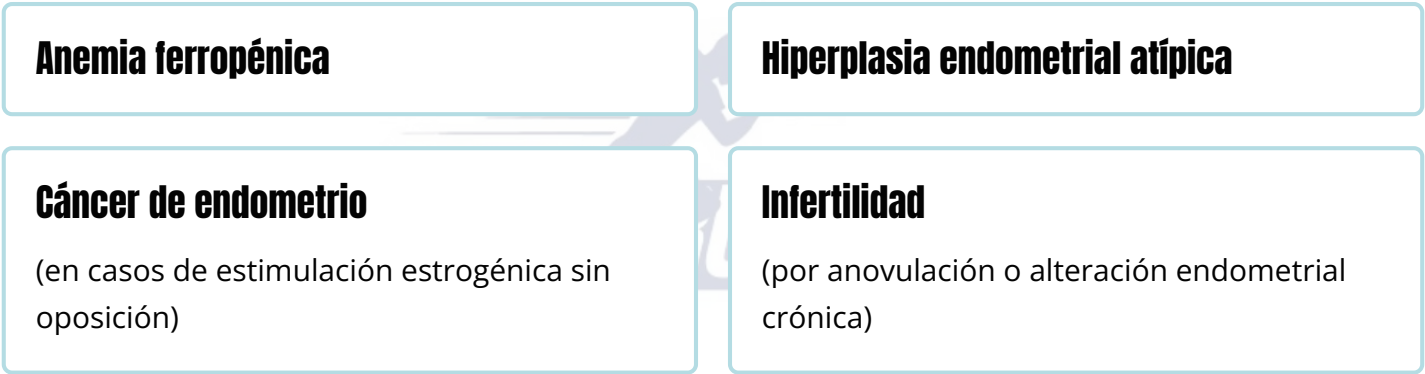
Tratamiento quirúrgico

| Procedimiento | Indicaciones | Observaciones |
|--|--|---|
| Histeroscopia con resección / ablación endometrial | Lesiones intracavitarias, falla médica | Útero conservado, no deseable embarazo |
| Miomectomía | Leiomiomas sintomáticos con deseo reproductivo | Puede recurrir |
| Histerectomía | Tratamiento definitivo | Indicado si falla tratamiento médico o malignidad |

Manejo Según Grupo Etario y Complicaciones

| Etapa | Causa probable | Enfoque inicial |
|--------------------------------|--------------------------------------|--|
| Adolescencia | Disfunción ovulatoria, coagulopatía | AOC o progestágenos |
| Edad reproductiva | Miomas, anovulación, anticonceptivos | Manejo médico o quirúrgico conservador |
| Perimenopausia / posmenopausia | Hiperplasia o malignidad | Biopsia obligatoria + evaluación endometrial |

Complicaciones



Diferencias Entre SUA Ovulatorio y Anovulatorio

| Característica | Ovulatorio | Anovulatorio |
|-----------------------|--------------------------|-------------------------------|
| Ciclos | Regulares | Irregulares |
| Hormonas | Estrógeno + progesterona | Estrógeno sin oposición |
| Endometrio | Secretor | Proliferativo irregular |
| Edad | 30-40 años | Adolescencia y perimenopausia |
| Causa principal | Local / estructural | Disfunción hormonal |
| Riesgo de hiperplasia | Bajo | Alto |

Puntos Clave

1. El SUA debe evaluarse bajo la **clasificación FIGO PALM-COEIN**.
2. El **test de embarazo** es obligatorio ante cualquier sangrado anormal.
3. La **ecografía transvaginal** y **biopsia endometrial** son pilares diagnósticos.
4. El tratamiento inicial suele ser **médico** (AOC, progestinas, DIU-LNG).
5. La **ablación endometrial** y **histerectomía** se reservan para casos refractarios.
6. En adolescentes, la causa más frecuente es **anovulación funcional**; en mayores de 40 años, **patología estructural o maligna**.
7. Toda mujer posmenopáusica con sangrado debe estudiarse como cáncer endometrial hasta demostrar lo contrario.