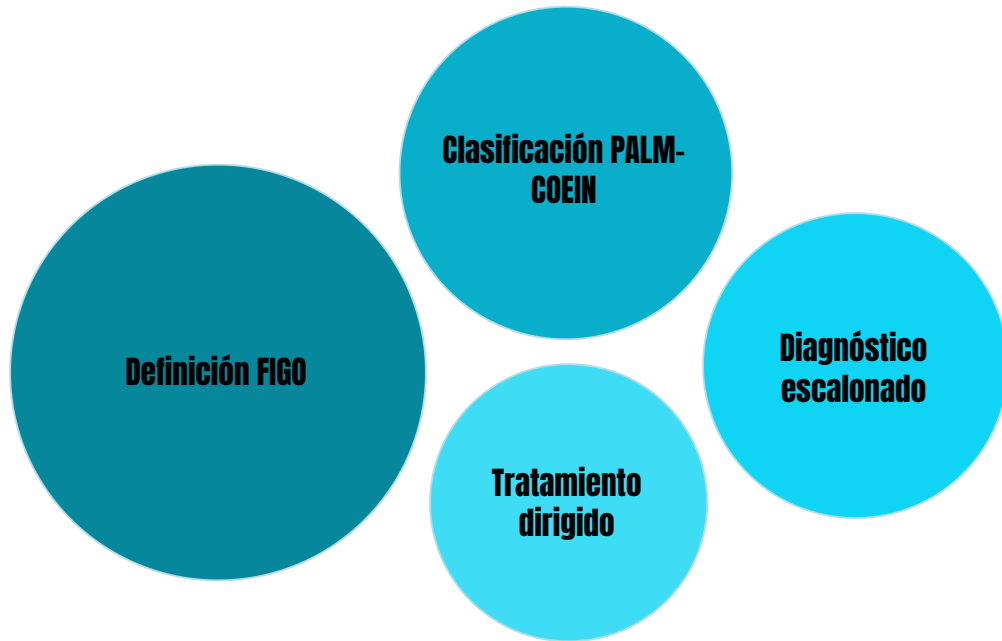



Sangrado Uterino Anormal (SUA)



Definición y Parámetros del Ciclo Normal

El **SUA** se define como cualquier alteración en frecuencia, regularidad, duración o volumen del sangrado menstrual, o presencia de sangrado intermenstrual/poscoital, **en ausencia de embarazo**.

| Parámetro | Rango Normal |
|-------------------------|--------------|
| Frecuencia del ciclo | 24–38 días |
| Duración del sangrado | 4–8 días |
| Volumen por ciclo | 5–80 mL |
| Sangrado intermenstrual | Ausente |

 La menorragia se define como un volumen **> 80 mL por ciclo** (PBAC \geq 100). Este umbral es clave para el diagnóstico cuantitativo.

Terminología FIGO – Reemplaza los Términos Antiguos

| Término FIGO (correcto) | Término antiguo reemplazado |
|--|-----------------------------|
| SUA por exceso de volumen | Menorragia |
| SUA de frecuencia aumentada | Polimenorrea |
| SUA de frecuencia disminuida | Oligomenorrea |
| SUA intermenstrual | Metrorragia |
| SUA por exceso de volumen + frecuencia | Menometrorragia |

Clasificación PALM-COEIN (FIGO)

El sistema PALM-COEIN divide las causas de SUA en dos grandes grupos: **PALM** (causas estructurales) y **COEIN** (causas no estructurales).

PALM – Causas Estructurales

| | |
|-----------------------|-------------------------|
| P Pólipos | A Adenomiosis |
| L Leiomioma | M Malignidad |

COEIN – Causas No Estructurales

| | |
|-----------------------------|--------------------------------------|
| C Coagulopatía | O Disfunción Ovulatoria |
| E Endometrial | I Iatrogénica |
| N No clasificadas | |

📌 ★ **Causa estructural más frecuente:** Leiomioma uterino (mioma) · **Causa no estructural más frecuente:** Disfunción Ovulatoria

Cada Causa PALM



P – Pólipo

Sangrado **intermenstrual y poscoital**.

- Dx: ecografía ± sonohisterografía
- Tto: polipectomía histeroscópica



A – Adenomiosis

Dismenorrea progresiva + menorragia + útero globuloso sensible.

- Dx: ETV / RMN
- Tto definitivo: histerectomía



L – Leiomioma

SUA **solo si son submucosos** (tipos 0-2) o intramurales grandes.

- Tipo 0: pediculado submucoso
- Tipo 1: < 50% intramural
- Tipo 2: ≥ 50% intramural



M – Malignidad

Hiperplasia ± atipia, cáncer de endometrio.

- SUA posmenopáusico = malignidad hasta demostrar lo contrario

Cada Causa COEIN

C – Coagulopatía

Von Willebrand es la más frecuente. Sospechar si menorragia desde la menarquia.

Tto: ácido tranexámico / DDAVP

O – Disfunción Ovulatoria

Anovulación → sin progesterona → endometrio inestable.

Patrón: **irregular, impredecible.**

Causas: SOP, hiperprolactinemia, hipotiroidismo

E – Endometrial

Diagnóstico de exclusión. Exceso de fibrinolisinias, déficit de vasoconstrictores locales.

I – Iatrogénica

Anticoagulantes, ACO de progestágeno solo, DIU-Cu (↑ volumen 30-50%), tamoxifeno, antipsicóticos.

N – No Clasificadas

MAV uterinas, istmocele (cicatriz de cesárea).



Diagnóstico: Las 5 Reglas de Oro

1 β hCG SIEMPRE primero

Antes de cualquier otro estudio en mujer en edad reproductiva. Descartar embarazo es obligatorio.

2 SUA posmenopáusico → biopsia obligatoria

Descartar cáncer de endometrio. No hay excepciones.

3 Ecografía transvaginal = primer estudio de imagen

Evalúa miomas, pólipos, endometrio y adenomiosis. Siempre como primera imagen.

4 Histeroscopia = gold standard intracavitario

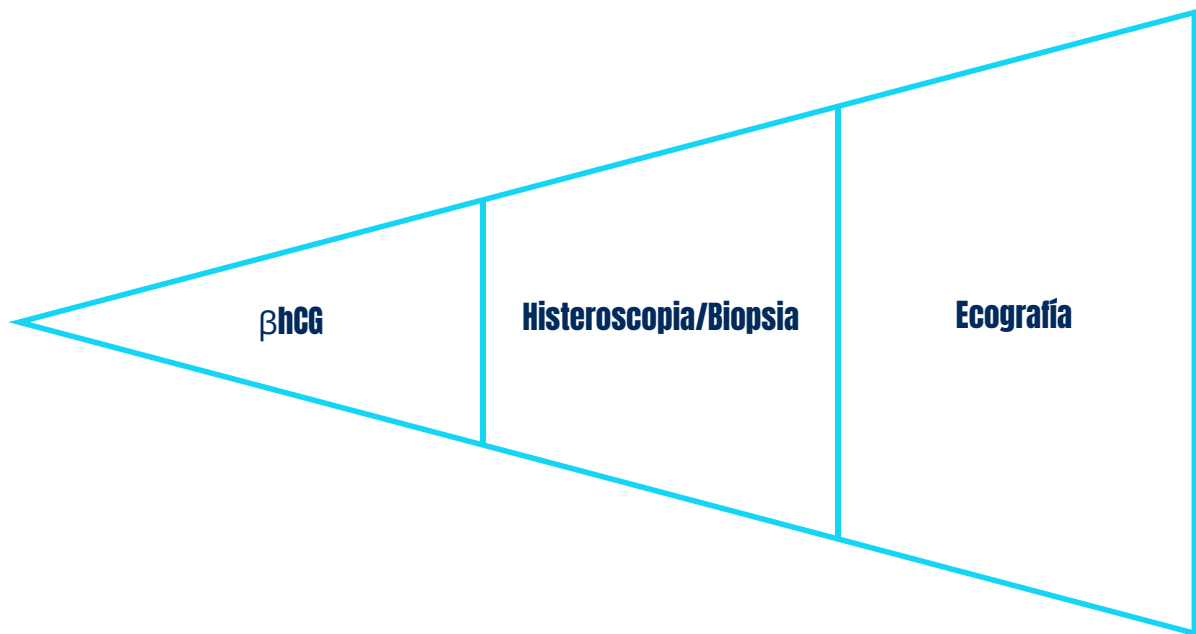
Para patología intracavitaria. **No la ecografía.**

5 Biopsia endometrial indicada en casos específicos

≥ 45 años, factores de riesgo de cáncer endometrial, endometrio > 4 mm en posmenopáusica.

Estudios Diagnósticos: Guía de Uso

| Estudio | Indicación / Hallazgo principal |
|-----------------------------|--|
| β hCG | Primera línea absoluta — descartar embarazo |
| Ecografía transvaginal | Primera imagen: miomas, pólipos, endometrio, adenomiosis |
| Sonohisterografía (SHG) | Mejor que ETV para lesiones intracavitarias |
| Histeroscopia | Gold standard: patología intracavitaria |
| Biopsia endometrial | ≥ 45 años / posmenopáusica / factores de riesgo |
| TSH + prolactina | Disfunción ovulatoria: causa tiroidea / hiperprolactinemia |
| Coagulación (TP, TTPA, FvW) | Menorragia desde menarquia / historia familiar |
| RMN pélvica | Mapeo prequirúrgico miomas / adenomiosis severa |



Tratamiento Médico del SUA

El tratamiento se selecciona según la causa, el deseo de fertilidad y la urgencia clínica.

Primera Línea Universal

DIU-LNG (levonorgestrel)

Reduce el sangrado hasta el **97%**. Indicado en SUA crónico sin deseo de embarazo.

SUA Agudo Severo

Estrógenos conjugados IV

25 mg cada 4-6 h (máximo 24 h). Urgencia hemostática.

Coagulopatía

Ácido tranexámico (antifibrinolítico)

Von Willebrand tipo 1: Desmopresina (DDAVP) intranasal o IV.

Adolescente

ACO (anticonceptivos orales combinados)

Primera línea. Descartar coagulopatía si menorragia severa desde menarquia.

| Situación clínica | Primera línea |
|---------------------------------|--|
| SUA por leiomioma prequirúrgico | Análogos de GnRH (máx. 6 meses) / SPRMs (ulipristal) |
| SUA por adenomiosis (médico) | DIU-LNG / progestágenos / análogos GnRH |
| SUA posmenopáusico por atrofia | Estrógenos locales (vaginales) |
| SUA por disfunción ovulatoria | ACO / progestágenos cíclicos / DIU-LNG |
| SUA por causa endometrial | AINEs / ácido tranexámico |

Tratamiento Quirúrgico del SUA



Polipectomía Histeroscópica

Pólipos sintomáticos — tratamiento definitivo



Miomectomía Histeroscópica

Miomas tipos 0-1 submucosos



Miomectomía Laparoscópica/Abierta

Miomas intramurales o subserosos — **preserva fertilidad**



Ablación Endometrial

SUA no estructural refractario **SIN deseo de embarazo**

Embolización Arterias Uterinas (EAU)

Miomas — alternativa a histerectomía.
Preserva el útero.

Histerectomía

Tratamiento definitivo. Indicada en: causa maligna, adenomiosis refractaria, SUA refractario a otros tratamientos.

! Situaciones Especiales

Adolescentes

El **20% de menorragia severa** tiene coagulopatía subyacente. Descartar von Willebrand. Primera línea: ACO.

Perimenopausia

Disfunción ovulatoria más frecuente. Biopsia si > 45 años o factores de riesgo. Grosor endometrial > 4-5 mm en posmenopáusica → biopsia.

SUA Posmenopáusico

Causa más frecuente: **atrofia endometrial (60-80%)**. Causa más importante a descartar: cáncer de endometrio. **Siempre biopsia.**

No cometas estos errores Runner:

- Olvidar la **βhCG** antes de cualquier estudio en mujer en edad reproductiva
- Creer que **todo mioma causa SUA** — solo los submucosos (tipos 0-2) y tipo 3
- Confundir causa orgánica más frecuente (leiomioma) con funcional (disfunción ovulatoria)
- Prescribir **ácido tranexámico como anticonceptivo** — NO tiene efecto anticonceptivo
- No sospechar coagulopatía en adolescente con menorragia severa desde la menarquia
- Prescribir **análogos de GnRH por más de 6 meses** — riesgo de pérdida ósea
- Considerar SUA posmenopáusico leve como benigno **sin biopsia**

Lectura Rápida – Resumen Esencial

⚡ REPASO EXPRÉS

97%

Reducción sangrado

DIU-LNG — primera línea universal sin deseo de embarazo

80mL

Umbral menorragia

Volumen por ciclo (PBAC \geq 100)

25mg

Estrógenos IV

SUA agudo severo — cada 4-6 h, máximo 24 h

6m

Máximo GnRH

Análogos de GnRH — riesgo de pérdida ósea si se supera

PALM-COEIN

4 estructurales (P-A-L-M) + 5 no estructurales (C-O-E-I-N)

Gold Standard

Histeroscopia para patología intracavitaria — **no la ecografía**

Von Willebrand

Coagulopatía más frecuente que causa SUA

Posmenopáusico

Siempre biopsia → descartar cáncer de endometrio

✅ **Regla de oro:** β hCG siempre primero · Ecografía transvaginal como primera imagen · Histeroscopia como gold standard · Biopsia en posmenopáusica siempre