



Ciencia Latina
Internacional

Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), septiembre-octubre 2024,
Volumen 8, Número 5.

https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i5

CAUSAS DE SANGRADO UTERINO ANORMAL EN LA TRANSICIÓN A LA MENOPAUSIA

**CAUSES OF ABNORMAL UTERINE BLEEDING IN
THE TRANSITION TO MENOPAUSE**

Carlos Edwin Leyva Cruz

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, México

DOI: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i5.13969

Causas de Sangrado Uterino Anormal en la Transición a la Menopausia

Carlos Edwin Leyva Cruz¹

leyva.tf@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0006-1360-3304>

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco

Villahermosa, Tabasco

México

RESUMEN

El sangrado uterino anormal es una alteración que tiene repercusiones en la calidad de vida. Resulta importante determinar sus causas en la transición a la menopausia para otorgar un manejo dirigido y evitar intervenciones quirúrgicas innecesarias. Este estudio tuvo como objetivo identificar las causas de sangrado uterino anormal en las pacientes en transición a la menopausia. Es un estudio con diseño observacional, descriptivo, transversal y prospectivo. Se analizaron 40 pacientes, la edad fue de 45 a 49 años, con promedio de 46.4 años, predominando el grupo de 45 años. Se realizó un abordaje en búsqueda de la causa de sangrado uterino anormal de acuerdo al acrónimo PALM-COEIN, además de análisis histológico de endometrio. Encontramos que el 82.5% de los casos son de tipo disfuncional y el 17.5% son de causa estructural. Se concluyó que la causa más frecuente de SUA en la transición a la menopausia es de tipo disfuncional. Las causas estructurales que mayormente se presentan por orden de frecuencia son miomatosis uterina, adenomiosis, engrosamiento endometrial y pólipo endometrial.

Palabras clave: sangrado uterino anormal, transición a la menopausia

¹ Autor principal

Correspondencia: leyva.tf@gmail.com

Causes of Abnormal Uterine Bleeding in the Transition to Menopause

ABSTRACT

Abnormal uterine bleeding is an alteration that has repercussions on the quality of life. It is important to determine its causes in the transition to menopause to provide targeted management and avoid unnecessary surgical interventions. This study aimed to identify the causes of abnormal uterine bleeding in patients transitioning to menopause. It is a study with an observational, descriptive, cross-sectional and prospective design. 40 patients were analyzed, the age was 45 to 49 years, with an average of 46.4 years, predominating the 45-year-old group. An approach was performed to search for the cause of abnormal uterine bleeding according to the acronym PALM-COEIN, in addition to histological analysis of the endometrium. We found that 82.5% of the cases are of a dysfunctional type and 17.5% are of a structural cause. It was concluded that the most common cause of SUA in the transition to menopause is dysfunctional. The structural causes that mostly occur in order of frequency are uterine myomatosis, adenomyosis, endometrial thickening and endometrial polyp.

Keywords: abnormal uterine bleeding; transition to menopause

Artículo recibido 08 agosto 2024

Aceptado para publicación: 10 septiembre 2024



INTRODUCCIÓN

El SUA perimenopáusico es una alteración que se presenta hasta en un 35% de las mujeres y que llega a tener repercusiones muy significativas en la calidad de vida, pues afecta tanto a nivel físico, emocional, sexual y financiero. El sangrado uterino anormal se define como la hemorragia uterina, con parámetros fuera de la normalidad, específicamente alteraciones de duración, volumen, frecuencia y regularidad¹.

La hemorragia menstrual suma dos terceras partes de todas las histerectomías y en un 50% de estos casos, no se encontraba ninguna anomalía en el útero por el análisis patológico. Es posible a través de la toma de una historia completa y el uso juicioso de las pruebas diagnósticas, tratar la mayoría de los casos de hemorragia uterina anormal de manera eficiente².

Otra de las preocupaciones son el temor a padecer neoplasias malignas ginecológicas, todo lo anterior representa un gran impacto en la calidad de vida de las pacientes. Es por ello que como médicos debemos mantenernos preparados para un trato oportuno, tanto en consulta externa como en salas de urgencias. Resulta importante llegar a un diagnóstico oportuno para iniciar el tratamiento dirigido y evitar la progresión de complicaciones.

De lo anterior, se desprende la necesidad de ampliar el arsenal de posibilidades diagnósticas para poder determinar la causa del sangrado uterino anormal y agruparlas, lo que nos facilitará un buen enfoque, manejo oportuno y disminución de intervenciones quirúrgicas innecesarias.

METODOLOGÍA

Diseño de estudio

Observacional, descriptivo, transversal, prospectivo, realizado en el Hospital Regional de Alta Especialidad "Dr. Gustavo A. Roviroso Pérez" en Villahermosa, Tabasco, durante noviembre 2023 a mayo 2024.

Participantes

Se seleccionaron a las pacientes (n= 40) con diagnóstico de transición a la menopausia, complicadas con sangrado uterino anormal, que asistieron al servicio de Ginecología del Hospital Regional de Alta Especialidad Dr. Gustavo A. Roviroso Pérez y cumplieron con los criterios de selección, excluyendo a

aquellas que se encontraban en tratamiento con terapia de reemplazo hormonal o que ya no continuaban seguimiento en la consulta externa.

Procedimiento

Capturamos los datos de mujeres de 45 a 49 años de edad, en transición a la menopausia que acudieron por sangrado uterino anormal. Se les invitó a participar y se explicó ampliamente en que consistía el presente proyecto, en caso de aceptar, se les solicitó al participante y testigos que firmaran el consentimiento informado. Se elaboró la historia clínica a cada paciente, además se solicitaron estudios paraclínicos y de gabinete (biometría hemática, hormona folículoestimulante, usg endovaginal y biopsia de endometrio). En caso que la paciente mencionara que el resultado ya había sido valorado por un médico de la unidad, se revisaron los expedientes para buscar dicho resultado.

Análisis de datos

La información obtenida fue vaciada a una base de datos de Excel para su posterior análisis estadístico con el programa SPSS v.25. En el análisis de datos, realizamos estadística descriptiva; para variables cualitativas utilizamos frecuencias y porcentajes; para variables cuantitativas, media y mediana como medidas de tendencia central y desviación estándar.

Consideraciones éticas

Previo autorización por el Comité Local en Investigación, y el Comité de Ética en Investigación, se solicitó la autorización al director de la unidad para su realización. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética institucional y se obtuvo consentimiento informado. Se garantizó la confidencialidad de los datos y el anonimato de los participantes.

RESULTADOS

Se analizaron 60 pacientes, de las que se excluyeron 20, siendo 6 por llevar terapia de reemplazo hormonal y 14 por no acudir a cita de seguimiento en la consulta externa. Integrando el grupo de estudio 40 pacientes.

La edad fue de 45 a 49 años, con promedio de 46.4 años, predominando el grupo de 45 años. (Tabla 1).

Tabla 1. Causas de SUA en la transición a la menopausia: edad.

Edad (años)	Frecuencia	Porcentaje
45	12	30%
46	9	22.5%
47	11	27.5%
48	7	17.5%
49	1	2.5%
Total	40	100%

Fuente: Elaboración propia

La alteración del ciclo menstrual varió desde la cantidad y ritmicidad predominando las alteraciones del ritmo. (Tabla 2, 3 y 4).

Tabla 2. Causas de SUA en la transición a la menopausia: alteraciones del ritmo menstrual.

Alteración del ritmo menstrual	Casos	Porcentaje
Ciclos menores de 21 días	23	57.5%
Ciclos con retraso >7 y < 60 días	8	20%
Retraso > 60 días	9	22.5%
Total	40	100%

Fuente: Elaboración propia

Tabla 3. Causas de SUA en la transición a la menopausia: alteraciones de duración menstrual.

Alteración de duración menstrual	Casos	Porcentaje
Menor de 3 días	5	12.5%
Normal 4 a 7 días	16	40%
Prolongado mayor de 8 días	19	47.5%
Total	40	100%

Fuente: Elaboración propia

Tabla 4. Causas de SUA en la transición a la menopausia: alteraciones de la cantidad menstrual.

Alteración de cantidad menstrual	Casos	Porcentaje
Ligero	8	20%
Normal	19	47.5%
Abundante	13	32.5%
Total	40	100%

Fuente: Elaboración propia

El nivel sérico de hormona foliculoestimulante fue de 10.8 mUI/ml a 27.0 mUI/ml con promedio de 16.6 mUI/ml, predominando de 10.8 a 13.5 con el 32% de las pacientes (Tabla 5).

Tabla 5. Causas de SUA en la transición a la menopausia: niveles de hormona foliculoestimulante.

Nivel de hormona foliculoestimulante (mUI/ml)	Casos	Porcentaje
10.8 – 13.5	13	32.5%
13.5 – 16.2	9	22.5%
16.2 – 18.9	7	17.5%
18.9 – 21.6	3	7.5%
21.6 – 24.3	4	10%
24.3 – 27.0	4	10%
Total	40	100%

Fuente: Elaboración propia

La concentración de hemoglobina sérica se encontró de 7.5 a 13.4, con un promedio de 10.5 g/dl, siendo el 55% menor de 10.5. (Tabla 6)

Tabla 6. Causas de SUA en la transición a la menopausia: niveles de hemoglobina.

Nivel de hemoglobina (g/dl)	Casos	Porcentaje
7.5 -8.5	4	10%
8.5 – 9.5	5	12.5%
9.5 – 10.5	13	32.5%
10.5 – 11.5	9	22.5%
11.5 – 12.5	6	15%
12.5 – 13.4	3	7.5%
Total	40	100%

Fuente: Elaboración propia

El grado de anemia varió de grado I a grado III con predominio en el grado I en el 55.7% de los casos (Tabla 7).

Tabla 7. Causas de SUA en la transición a la menopausia: grados de anemia.

Anemia	Casos	Porcentaje
Grado I	23	57.5%
Grado II	11	27.5%
Grado III	3	7.5%
Grado IV	0	0%
Sin anemia	3	7.5%
Total	40	100%

Fuente: Elaboración propia

El tipo de anemia varió desde hipocrómica hasta normocrómica con predominio de la primera con un 72.9% (Tabla 8).

Tabla 8. Causas de SUA en la transición a la menopausia: tipos de anemia.

Tipo de anemia	Casos	Porcentaje
Microcitica hipocromica	27	72.9%
Normocitica normocromica	10	27.1%
Total	37	100%

Fuente: Elaboración propia

El estudio ultrasonográfico fue reportado desde normal hasta alteraciones del miometrio y endometrio (Tabla 9).

Tabla 9. Causas de SUA en la transición a la menopausia: reporte ultrasonográfico.

Alteración	Casos	Porcentaje
Sin alteraciones	21	52.5%
Miomatosis uterina	8	20%
Adenomiosis	6	15%
Pólipo endometrial	2	5%
Engrosamiento endometrial	3	7.5%
Total	40	100%

Fuente: Elaboración propia

El grosor endometrial se reportó de 4 – 18, con un promedio de 9.9 mm, con predominio de menor de 6.3 mm (Tabla 10).

Tabla 10. Causas de SUA en la transición a la menopausia: grosor endometrial por ultrasonido.

Grosor endometrial	Casos	Porcentaje
4.0 – 6.3	18	45%
6.3 – 8.7	15	37.5%
8.7 – 11.0	2	5%
11.0 – 13.3	2	5%
13.3 – 15.7	1	2.5%
15.7 – 18.0	2	5%
Total	40	100%

Fuente: Elaboración propia

El reporte de estudio histopatológico del endometrio fue variable, desde proliferativo hasta hiperplasia simple sin atipias, con predominio del tipo proliferativo (Tabla 11)

Tabla 11. Causas de SUA en la transición a la menopausia: reporte histopatológico de endometrio.

Diagnóstico	Casos	Porcentaje
Endometrio proliferativo	33	82.5%
Endometrio secretor	4	10%
Hiperplasia simple sin atipias	3	7.5%
Total	40	100%

Fuente: Elaboración propia

Al correlacionar el reporte del estudio ultrasonográfico con el histopatológico, se encontró que el 75% de las pacientes con miomatosis uterina y el 100% de las adenomiosis presentaban endometrio proliferativo.

El endometrio secretor se asoció con miomatosis uterina pólipo endometrial.

Las pacientes con reporte ultrasonográfico de engrosamiento endometrial mayor de 14 mm el estudio histológico fue de hiperplasia endometrial simple sin atipias (Tabla 12).

Tabla 12. Causas de SUA en la transición a la menopausia: relación entre el reporte ultrasonográfico e histopatológico.

Alteración estructural	Endometrio proliferativo	Porcentaje	Endometrio secretor	Porcentaje	Hiperplasia simple sin atipias	Porcentaje
Miomatosis uterina	6	75%	2	25%	0	0%
Adenomiosis	6	100%	0	0%	0	0%
Pólipo endometrial	0	0%	2	100%	0	0%
Engrosamiento endometrial	0	0%	0	0%	3	100%
Sin alteraciones	21	100%	0	0%	0	0%

Fuente: Elaboración propia

DISCUSIÓN

El sangrado uterino anormal es causa frecuente de consulta ginecológica, tanto en la mujer adolescente, edad reproductiva y en el periodo de transición a la menopausia. Durante la transición a la menopausia es importante determinar si es una patología disfuncional u orgánica así como descartar lesiones premalignas.

Romy Franco Esther Domínguez en su estudio sobre prevalencia de hemorragia uterina anormal en perimenopáusicas, al analizar 270 pacientes encontró que la principal causa era de origen disfuncional

en el 57%⁶. Sin embargo, nosotros encontramos a esta alteración como la principal causa en el 82.5% de los casos, lo que demuestra que tenemos mayor incidencia. Pero él incluyó pacientes desde los 40 años a diferencia de nosotros que lo hicimos a partir de los 45 años que es la edad en la que inicia la transición a la menopausia.

La causa disfuncional fue seguida por leiomiomas, pólipos e hiperplasia endometrial lo que coincide con nuestro estudio por lo que es importante realizar un estudio histológico del endometrio en toda paciente con SUA después de los 45 años.

Jacobo García Marco, en el estudio histológico del endometrio de 240 pacientes encontró que el 3% presentaron hiperplasia endometrial simple sin atipias, dato que es menor a lo que nosotros encontramos del 7.5% en pacientes mayores de 48 años que eran el 20% del estudio, sin embargo, Jacobo García no refiere el número de pacientes mayores de 48 años, donde predomina esta alteración, ya que no encontramos esta alteración antes de esta edad.

El tipo histológico de endometrio predominante en el estudio de Jacobo García fue endometrio proliferativo en el 50.5%, atrófico en el 19.44% y secretor en el 13%⁹. Datos que no coinciden con nuestro resultado ya que él, estudió además pacientes en la posmenopausia temprana por lo que encontró un porcentaje alto de endometrio atrófico. En nuestro estudio predominó el endometrio proliferativo en el 82.5% y el secretor en 10%; esto último coincidía con patología orgánica lo que nos hace ver que el 82% no ameritaban un tratamiento quirúrgico sino solamente tratamiento farmacológico.

CONCLUSIONES

La causa más frecuente de sangrado uterino anormal durante la transición a la menopausia es de tipo disfuncional.

Las causas estructurales de SUA en la transición a la menopausia que mayormente se presentan por orden de frecuencia son miomatosis uterina, adenomiosis, engrosamiento endometrial y pólipo endometrial.

Limitaciones del estudio

Este estudio presenta algunas limitaciones que deben ser consideradas al interpretar los resultados como son el tamaño de la muestra ya que tiene un número relativamente pequeño de participantes. La generalización de los resultados a otras poblaciones o entornos clínicos debe hacerse con cautela.



Contribuciones del estudio

Dentro de las principales contribuciones de identificar adecuadamente las causas de sangrado uterino anormal en pacientes en transición a la menopausia son la disminución en el número de intervenciones quirúrgicas innecesarias.

Agradecimientos

Los autores desean expresar su profundo agradecimiento al Hospital Regional de Alta Especialidad "Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez" en Villahermosa, Tabasco, por su invaluable apoyo en la realización de este estudio. En particular, extendemos nuestro reconocimiento al personal de consulta externa y archivo clínico por su colaboración y dedicación durante el proceso de recolección de datos. Su compromiso con la atención de los pacientes y la investigación médica ha sido fundamental para el éxito de este proyecto. Agradecemos también a la dirección del hospital por proporcionar las instalaciones y recursos necesarios para llevar a cabo esta investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Munro MG, Critchley HOD, Fraser IS, Comité de Trastornos Menstruales de FIGO. Los dos sistemas FIGO para los síntomas de sangrado uterino normal y anormal y la clasificación de las causas del sangrado uterino anormal en los años reproductivos: revisiones de 2018. *Int J Gynaecol Obstet* 2018; 143:393.
2. Töz E, et al. Comparison of classic terminology with the FIGO PALM-COEIN system for classification of the underlying causes of abnormal uterine bleeding. In *J Gynaecol Obstet* 2016;133(3):325-328. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.09.033>
3. Greenberg M. El significado de la menorragia: una investigación sobre la asociación entre la queja de menorragia y la depresión. *J. Psychosom Res* 1983; 27:209.
4. Hilgers TW, Daly KD, Prebil AM, Hilgers SK. Planificación familiar natural III. Síntomas intermenstruales y tiempo estimado de ovulación. *Obstet Gynecol* 1981; 58:152.
5. Fraser IS, Critchley HO, Munro MG, et al. Un proceso diseñado para conducir a un acuerdo internacional sobre terminologías y definiciones utilizadas para describir las anomalías del sangrado menstrual. *Fértil Esteril* 2007; 87:466.
6. Domínguez F, Esther R. Hemorragia uterina anormal orgánica. *Nacional*. 2012; 4(2).



7. Woolcock JG, Critchley HO, Munro MG, et al. Revisión de la confusión en la terminología y definiciones actuales e históricas de los trastornos del sangrado menstrual. *Fértil Esteril* 2008; 90:2269.
8. Munro MG, Critchley HO, Broder MS, et al. Sistema de clasificación FIGO (PALM-COEIN) para causas de sangrado uterino anormal en mujeres no grávidas en edad reproductiva. *Int J Gynaecol Obstet* 2011; 113:3.
9. Marco Antonio J. G. (2010). Patología ginecológica más frecuente observada mediante histeroscopia y su correlación con el diagnóstico histopatológico en pacientes perimenopáusicas con sangrado uterino anormal, en el período junio 2008 – junio 2010. [Tesis de doctorado]. Universidad Nacional Autónoma de México.
10. Munro MG, Critchley HOD, Fraser IS, Comité de Trastornos Menstruales de FIGO. Los dos sistemas FIGO para los síntomas de sangrado uterino normal y anormal y la clasificación de las causas del sangrado uterino anormal en los años reproductivos: revisiones de 2018. *Int J Gynaecol Obstet* 2018; 143:393.
11. Kadir RA, Economides DL, Sabin CA, et al. Frecuencia de trastornos hemorrágicos hereditarios en mujeres con menorragia. *Lanceta* 1998; 351:485.
12. Munro MG, Balen AH, Cho S, et al. El sistema de clasificación de trastornos ovulatorios de la FIGO. *Int J Gynaecol Obstet* 2022; 159:1.
13. Donnez J. Menometrorragia durante la premenopausia: una descripción general. *Gynecol Endocrinol* 2011; 27 Suplemento 1:1114.
14. Berga SL. Foliculogénesis desordenada durante la transición menopáusica: explicando el caos. *Menopausia* 2009; 16:11.
15. Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos. Boletín de práctica de ACOG. Guías de Manejo Clínico para Obstetras-Ginecólogos: número 41, diciembre de 2002. *Obstet Gynecol* 2002; 100:1389.

