

## 372 Menorragia

Protocolo n.º 39

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 deberse a una cantidad excesiva de sangre, estimada en una cuantía superior a 80 ml por menstruación, a una duración del sangrado menstrual superior a 7 días o a la suma de ambas circunstancias. Constituye un motivo de consulta médica muy frecuente, así como una de las causas más 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 Kaltembach. 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 se ha demostrado en 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 y en el resto es idiopática. Entre las causas orgánicas de origen genital se encuentran, fundamentalmente, la enfermedad tumoral del útero y el uso de dispositivos intrauterinos y, entre las no ginecológicas, las alteraciones de la coagulación, las enfermedades tiroidea, hepática y renal, así como el empleo de diferentes tipos de fármacos (anticoagulantes, psicótropos, corticoides, etc.).

El primer paso en el diagnóstico etiológico de la menorragia consiste en establecer si la causa es orgánica (de origen genital o extragenital), iatrogénica o idiopática; las herramientas que deben emplearse de forma sistemática son las siguientes:

1. Anamnesis: herramienta de gran utilidad para descartar causas iatrogénicas o para establecer el diagnóstico de sospecha de causas orgánicas extragenitales, en función de los datos obtenidos en la investigación de los antecedentes personales, las enfermedades actuales, el uso de métodos anticonceptivos y 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 enfermedad orgánica genital (tumores uterinos, etc.).

Una vez realizada la anamnesis y la exploración genital deben haberse establecido los diagnósticos de probabilidad, por lo que el resto de las pruebas complementarias no deben realizarse de forma sistemática sino dirigida en función de las hipótesis diagnósticas. Las exploraciones más empleadas para evaluar el impacto sistémico de la menorragia, y realizar el diagnóstico de certeza y el diagnóstico diferencial son (fig. 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 medirse en caso de sospecha de enfermedad tiroidea de base (hiper o hipotiroidismo), pero no de forma sistemática.

- Ecografía transvaginal: es recomendable para descartar enfermedad endocavitaria uterina.

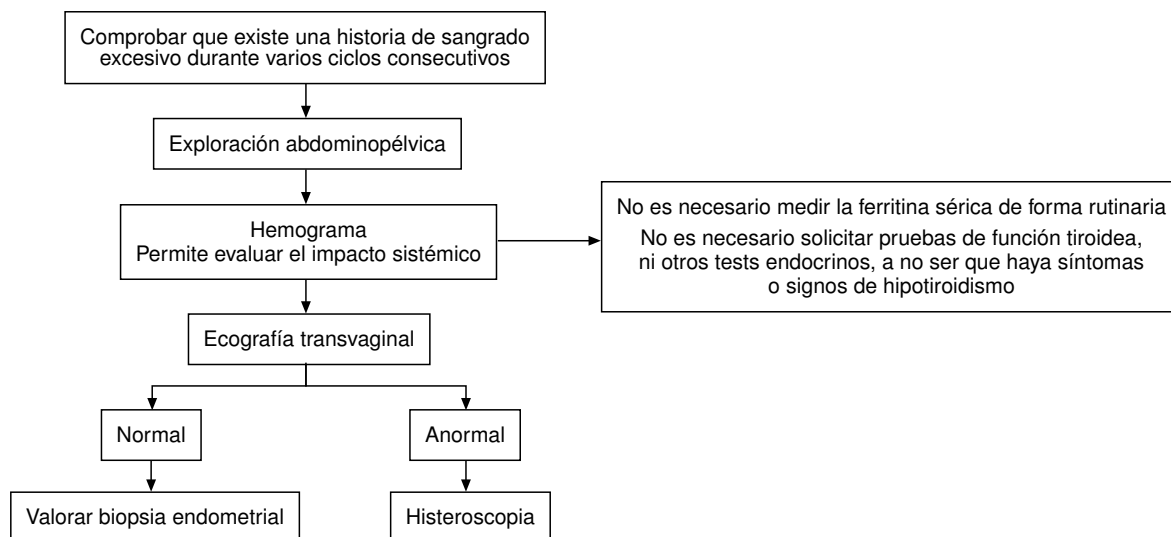


Figura 1. Diagnóstico de menorragia.

— Biopsia del endometrio: es recomendable en mujeres con menorragia persistente.

— Histeroscopia: está indicada en mujeres con sospecha de enfermedad endocavitaria uterina, ya que permite la visualización directa de la cavidad uterina y proporciona la oportunidad de realizar una biopsia endometrial dirigida.

— Legrado uterino: sólo está justificado en los casos de sospecha de enfermedad 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, etc.), el tratamiento de primera elección será el correspondiente al proceso causal. En caso de que se trate de una menorragia idiopática o secundaria al empleo de un dispositivo intrauterino, existen varias opciones farmacológicas respaldadas con evidencia científica de grado A, obtenida a partir de ensayos aleatorios y controlados:

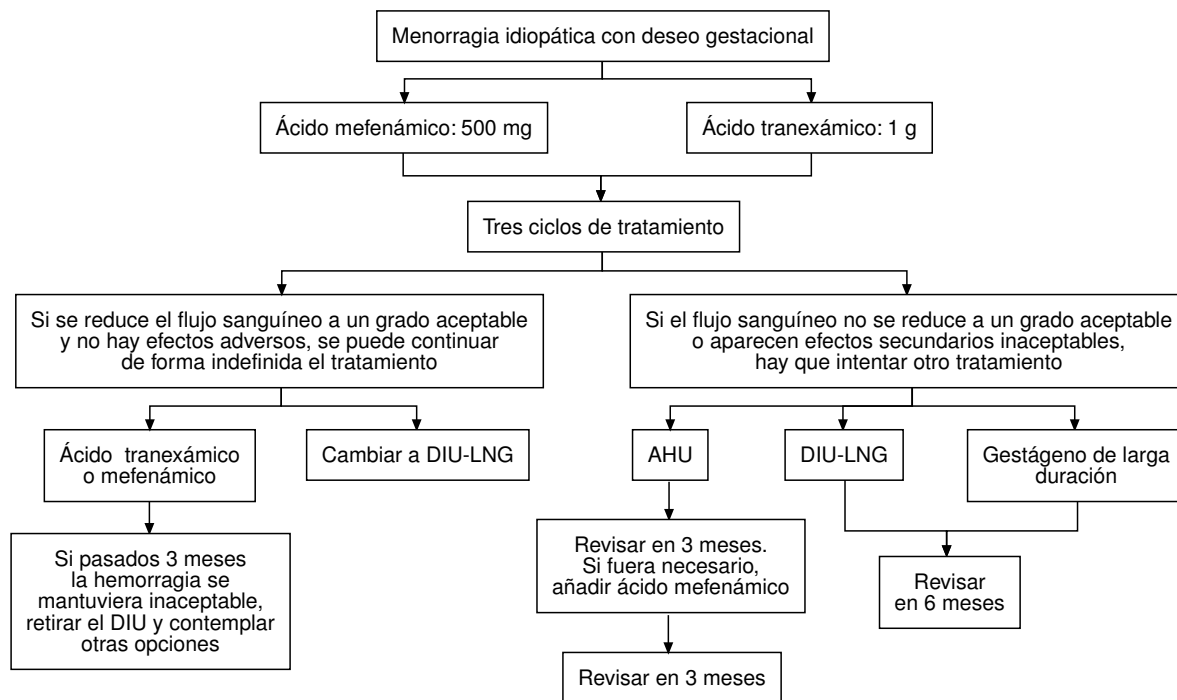
— El ácido tranexámico, el ácido mefenámico y los contraceptivos orales han demostrado ser eficaces para reducir la pérdida de sangre menstrual.

— Los fármacos antifibrinolíticos y los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) son eficaces para reducir la pérdida sanguínea en portadoras de dispositivos intrauterinos con menorragia.

— El dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel no sólo ha demostrado su eficacia en la reducción del sangrado menstrual, sino que también debe de considerarse una alternativa al tratamiento quirúrgico.

Por el contrario, no existe evidencia de que sean eficaces en el tratamiento de la menorragia 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 obligan, en ocasiones, a adoptar un tratamiento quirúrgico. Las opciones terapéu-



**Figura 2.** Tratamiento de la menorragia idiopática. DIU: dispositivo intrauterino; DIU-LNG: DIU liberador de levonorgestrel.

ticas 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, estará condicionada por otros dos factores: la presencia o no de un dispositivo intrauterino de cobre y la existencia o no de deseo gestacional por parte de la paciente (fig. 2).

1. Menorragia idiopática con deseo gestacional: la opción de primera elección es el tratamiento durante 3 meses con ácido mefenámico o tranexámico.

2. Menorragia idiopática asociada con dispositivo intrauterino de cobre: existen dos opciones de primera elección. Por un lado, asociar con el dispositivo intrauterino de cobre un tratamiento durante 3 meses con ácido tranexámico o mefenámico y evaluar posteriormente la respuesta, y por otro directamente proceder a la sustitución del dispositivo de cobre por otro liberador de levonorgestrel.

gestrel.

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 dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel o el empleo de gestágenos a largo plazo.

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

## BIBLIOGRAFÍA

1. Evidence-Based Clinical Guidelines n.º 1. The initial management of menorrhagia. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. February, 1998.
2. Evidence-Based Clinical Guidelines n.º 5. The management of menorrhagia in secondary care. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. July, 1999.

3. Documento de Consenso SEGO. Meno-metrorragias. Junio de 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.»

375