

Metrorragias

Fecha de la última revisión: **24/05/2013**

Índice de contenidos

1. [¿De qué hablamos?](#)
2. [¿Cómo se diagnostica?](#)
3. [¿Cuál es su tratamiento?](#)
4. [¿Cuándo derivar?](#)
5. [Bibliografía](#)
6. [Más en la red](#)
7. [Autores](#)

¿De qué hablamos?

La metrorragia se define como sangrado procedente de la cavidad uterina, entre periodos menstruales, en cantidad y duración variables y sin relación con el ciclo menstrual (Muxi C, 2009; Fraser IS, 2011).

Existen pocos estudios acerca de su prevalencia, se estima una incidencia de sangrado anormal de origen uterino sobre el 11-13% , va aumentando con la edad y puede alcanzar el 24% entre los 36-40 años (Marret H, 2010).

Las hemorragias uterinas pueden clasificarse en:

- **No cíclicas:** cuando el sangrado vaginal es independiente de la menstruación, en este caso se denomina metrorragia.
- **Cíclicas:** si el sangrado corresponde a los días del ciclo menstrual. Puede ser: hipermenorrea o menorragia (pérdidas mayores de 180 ml o de más de 7 días de duración, o ambas que tienen lugar en intervalos regulares). Polimenorrea (intervalos intermenstruales de menos de 21 días, pero normales en cantidad y duración).

Las metrorragias, a su vez, pueden ser de causa orgánica o disfuncional. Sus causas más frecuentes son (Muxí C, 2009; Pitkin J, 2007; Jiménez I, 2009; Maness DL, 2010; Sweet MG, 2012; Tsai MC, 2012):

- **Hemorragia uterina de etiología orgánica local por:**
 - Gestación y sus complicaciones: hemorragia de implantación, embarazo ectópico, enfermedad trofoblástica, amenaza de aborto, aborto espontáneo, placenta previa, abrupcio placentae, hemorragia postparto.
 - Alteraciones orgánicas a nivel del aparato reproductor femenino: traumatismo genital (incluye abuso sexual), cuerpo extraño (tampón, DIU, etc.), infecciones ginecológicas (vulvovaginitis, enfermedad inflamatoria pélvica), rotura de quiste ovárico (frecuentemente durante el ejercicio, acto sexual), torsión ovárica, endometriosis, atrofia vaginal/vaginitis atrófica, prolapso, miomas uterinos, pólipos endometriales o cervicales, cáncer ginecológico, sobre todo, cáncer endometrial (el 6% pueden cursar con sangrados abundantes regulares o irregulares). Es frecuente en mujeres mayores de 40 años. Sólo el 2% aparecen antes de los 40 años de edad. La nuliparidad, diabetes, obesidad, síndrome de ovario poliquístico (SOP), predisponen a esta patología.
 - Alteraciones sistémicas: coagulopatías, renales, endocrinas (alteraciones tiroideas, Cushing, SOP, tumores hormonalmente activos, etc.), cardiopatías, estrés (psicógeno o inducido por ejercicio).
 - Fármacos: anticonceptivos, anticoagulantes, quimioterápicos, esteroides, o metotrexato.
- **Hemorragia uterina disfuncional (HUD): ovulatoria y anovulatoria**
 - Ovulatoria: 15% de las hemorragias disfuncionales. Frecuente en mujeres de entre 20 y 40 años. Son cíclicas, cursan con polimenorrea, spotting ovulatorio, spotting premenstrual, hipermenorrea o menorragia. Permanece presente el síndrome premenstrual.
 - Anovulatoria: hemorragia disfuncional más frecuente. Frecuente en perimenopausia y pubertad. Suele deberse al estímulo continuo de estrógenos sin oposición de la progesterona. No cíclica, de intensidad y duración variable. No se acompaña de síndrome premenstrual. Sangrado generalmente abundante y tras un período de amenorrea de 6 a 8 semanas.

En la tabla 1 se presentan las causas más frecuentes de metrorragia según la edad.

Tabla 1. Causas más frecuentes de metrorragias según la edad	
Premenarquia	Cuerpos extraños, traumatismo, abuso sexual, tumor hormonalmente activo, pubertad precoz, tumor ovárico o vaginal, sarcoma botroides.
Edad fértil	Anovulación, embarazo, infección (enfermedad inflamatoria pélvica, vulvovaginitis), pólipos, fibromas uterinos, fármacos (incluidos anticonceptivos orales), radiaciones, enfermedades sistémicas (incluyendo patología de tiroides, SOP, adenoma hipofisario y coagulopatías -en la adolescencia fundamentalmente la enfermedad de Von Willebrand-).
Premenopáusicas	Anovulación, embarazo, patología estructural uterina (pólipos, fibromas, hiperplasia endometrial), fármacos, radiaciones, alteraciones orgánicas, cáncer.
Menopáusica	Atrofia vaginal/uterina, carcinoma de endometrio, patología estructural del útero, uso de antiagregantes o anticoagulantes, radioterapia.
Postmenopáusica	Cáncer endometrial (10%), atrofia vaginal/uterina.

¿Cómo se diagnostica?

El diagnóstico de la metrorragia es clínico y, en general, se recomienda realizar los siguientes pasos (Gallo FJ, 2008; Doubilet PM, 2011):

Anamnesis

En esta deberán reflejarse principalmente los antecedentes familiares, alteraciones de la coagulación (sobre todo en adolescentes) y los antecedentes personales de interés (edad, antecedentes médicos entre los cuales destacan: hepatopatías, insuficiencia renal, endocrinopatías y coagulopatías). Es también importante recoger las características dela pérdida hemática: frecuencia, duración e intensidad (útil para registrar estos datos en un calendario menstrual), así como realizar una breve historia obstétrica y ginecológica: menarquía, fórmula menstrual, historia sexual (esto último puede orientarnos sobre el riesgo de ETS) y métodos anticonceptivos. En caso de embarazo habrá que averiguar la edad gestacional a partir de la fecha de la última regla y la sintomatología acompañante a la metrorragia. Finalmente, ante cualquier tipo de sangrado anormal, es muy importante hacer el diagnóstico diferencial de metrorragia, menorragia severa aguda, enfermedades del tracto urinario y sangrado de origen digestivo (por ejemplo: hemorroides).

Exploración física general y ginecológica

- **Exploración general:** signos y síntomas de enfermedades sistémicas.
- **Exploración ginecológica:** exploración vulvo-vaginal y tacto vaginal.

Pruebas complementarias

Estas se realizarán en función de la anamnesis y la exploración física:

En general, se recomienda realizar una analítica básica: con hemograma completo, ferritina, función tiroidea y estudio de coagulación. La mayoría de autores recomiendan realizar un test de embarazo en todas las mujeres en edad fértil, independientemente del método anticonceptivo que utilicen y reconozcan o no tener relaciones sexuales.

Ante la sospecha de hemorragia uterina disfuncional (causa más frecuente de metrorragia tanto en pacientes menores de 20 años, como en premenopáusicas) tras el examen físico y la anamnesis puede ser necesario completar el estudio analítico con solicitud del perfil hormonal:

- TSH: para descartar patologías endocrinas como el hipotiroidismo (Tsai MC, 2012).
- Cortisol: descartando patologías que cursen con hipercortisolismo como Síndrome de Cushing.
- PRL: para descartar existencia de tumor hipofisario que cause ovulaciones irregulares o ausencia de ésta. Es conveniente extraerla el tercer día del ciclo (Tsai MC, 2012).
- FSH y LH: son más fiables el tercer día del ciclo menstrual, si el día tercero coincidiera con el fin de semana, se deberían extraer el cuarto o quinto día. Se alteran si existe hemorragia uterina disfuncional (Tsai MC, 2012).
- Estradiol: para comprobar si existe o no alteración del eje-hipotálamo-hipófisis-ovárico, también extraído el tercer día del ciclo (Tsai MC, 2012).
- Progesterona: para comprobar si hay ovulación o no.
- Si los niveles de FSH, LH, estradiol y progesterona están dentro de la normalidad se descartaría la hemorragia disfuncional y estaría indicado buscar etiología orgánica, explorando el útero.
- Si hubiera signos de hiperandrogenismo (hirsutismo, acné, clitoromegalia, alopecia) sería conveniente solicitar la testoterona libre y total, así como la dehidroepiandrosterona sulfato (DHEA-S) (Bradley LD, 2005).

Sobre la base de la información recogida y el resultado de las pruebas anteriores, las exploraciones complementarias posteriores deben adaptarse a las necesidades de cada caso:

- Cultivo vaginal y endocervical si sospecha de ETS (Tsai MC, 2012).
- Citología cervical: se realizará si la paciente no ha seguido los controles habituales del cribado de cáncer de cérvix, descartando displasia cervical (Tsai MC, 2012).
- Ecografía transvaginal: es la prueba diagnóstica de imagen de elección en el manejo inicial para valorar la patología uterina en las mujeres en edad fértil con metrorragia, así como en las pacientes premenopáusicas que puedan presentar lesiones intrauterinas localizadas, siendo una prueba diagnóstica esencial en las mujeres con sangrado postmenopáusico. En mujeres premenopáusicas, el espesor endometrial varía entre 4-8 mm en la fase proliferativa y entre 8-14 mm en la fase secretora, debiendo ser programada entre los días 4-6 del ciclo menstrual (cuando el espesor del endometrio es más delgado) (Bradley LD, 2005). En las pacientes postmenopáusicas, tiene alta sensibilidad para descartar patología significativa del endometrio cuando se obtienen cifras de su espesor por debajo de 4 mm, descartando cáncer endometrial y evitando otras exploraciones más agresivas y costosas (Tsai MC, 2012). Tiene baja especificidad cuando encuentra valores de espesor por encima de este valor, por lo que se deberán realizar otras pruebas diagnósticas para descartar la presencia de cáncer de endometrio. Si el grosor endometrial es menor de 4 mm es diagnóstico de atrofia endometrial. Si es mayor de 4 mm, se realiza sonohisterograma, a continuación, biopsia endometrial, y, por último, biopsia por histeroscopia (segunda línea de exploraciones complementarias tras la ecografía y la biopsia ambulatoria)(Doubilet PM, 2011).
- Biopsia endometrial: está indicada en mujeres mayores de 35 años con hemorragia anovulatoria, también en mujeres menores de 35 años con factores de riesgo (por ejemplo: obesidad mórbida, SOP), así como las mujeres que estén a tratamiento con tamoxifeno y presenten flujo vaginal sanguinolento, manchados, o spotting para realizar la valoración endometrial que descarte cáncer. Sin embargo, no se recomienda en sangrado postmenopáusico que presente un grosor endometrial menor o igual a 4 mm. Tiene gran sensibilidad para detectar cáncer e hiperplasia, pero baja sensibilidad para detectar otras lesiones intracavitarias como pólipos y fibromas submucosos (Bradley LD, 2011; Tsai MC, 2012). Las pacientes con síntomas persistentes a pesar de presentar una ecografía transvaginal y biopsia endometrial normales, necesitan una evaluación más exhaustiva mediante histeroscopia o sonografía de infusión salina (SIS).
- Histeroscopia: tiene la ventaja de visualizar directamente el endometrio, el canal cervical y la vagina, y poder dirigir así la biopsia. Permite la visualización completa de la cavidad endometrial y endocervix. Adecuada para diagnosticar atrofia, hiperplasia endometrial, pólipos, fibromas, productos retenidos de la concepción y cáncer endometrial. Presenta una sensibilidad diagnóstica del 86,4% y una alta especificidad 99,6%, que la hace útil en el estudio de casos con endometrio anormal seleccionados por ecografía transvaginal. Por ejemplo, en una mujer postmenopáusica con endometrio grueso, la sonohisterografía puede detectar si el endometrio es difusamente grueso o tiene áreas de más grosor. Si hubiera un grosor difuso se recomendaría realización de una biopsia endometrial. Si hubiera una o más áreas de grosor habría que realizar una biopsia histeroscópica (Bradley LD, 2005; Bradley LD, 2011; Doubilet PM, 2011).
- Sonografía con infusión salina: consiste en la introducción de infusión salina dentro de la cavidad endometrial durante la ecografía transvaginal para mejorar la imagen de ésta. Es menos incómoda que la histeroscopia. Tiene la ventaja de describir la profundidad de la implicación miometrial de los leiomiomas, también es útil para valorar la viabilidad y planificación de la resección transcervical de fibromas submucosos (Tsai MC, 2012)
- Legrado uterino diagnóstico: alta tasa de falsos negativos, especialmente si se trata de pólipos, es inefectivo para diagnosticar lesiones localizadas. Se utiliza para valorar la existencia de hiperplasia endometrial o malignidad. No se recomienda utilizar esta técnica para diagnosticar salvo técnicas de imagen o visualización (Bradley LD, 2011; Munro MG, 2011).

¿Cuál es su tratamiento?

En primer lugar, ante una metrorragia debemos descartar que se trate de una urgencia médica, la presencia de sangrado intenso, inestabilidad hemodinámica o alteraciones analíticas tales como: un descenso de hemoglobina y hematocrito, orientarían hacia ello (Jiménez I, 2009).

Una vez descartada una situación de urgencia, otro punto a tener en cuenta es descartar la existencia de embarazo, en presencia del cual deberíamos derivar a ginecología a la paciente.

En ausencia de embarazo, en las metrorragias de origen orgánico conocido se aplicará el tratamiento específico para cada. En caso de no detectar patología orgánica pensaremos en que podría tratarse de una hemorragia uterina disfuncional. Según la edad de la paciente el tratamiento puede sufrir variaciones (figura 1) (Deligeoroglou E, 2013; Davidson BR, 2012):

En las mujeres en edad fértil, frente a un sangrado agudo y tras haber descartado emergencia y gestación, se puede pautar una combinación de estrógenos y gestágenos (ACO) aplicando una pauta descendente que consistiría en: los 2 primeros días un comprimido cada 8 horas, los 2 días siguientes un comprimido cada 12 horas y, a partir de aquí, un comprimido cada 24 horas hasta completar el envase de 21 comprimidos (Gallo FJ, 2008).

Si se trata de una menorragia podemos plantear tratamiento con AINES puesto que reducen la síntesis de prostaglandinas, disminuyendo la duración y cantidad de sangrado.

En el caso de hemorragia uterina disfuncional anovulatoria estaría indicado el uso de ACO combinados con 30-35 microgramos de estrógenos (Muxi C, 2009) si la paciente precisa anticoncepción, de lo contrario usaremos gestágenos (**progesterona** natural micronizada 200-300 mg/día, o acetato **medroxiprogesterona**, o acetato noretisterona o dihidrogesterona 10 mg/día) los días 15-24 del ciclo, durante al menos 3 ciclos.

El **danazol** es un esteroide sintético derivado de la 17-alfa ethiniltestosterona, opción de tratamiento para tratar la hemorragia uterina disfuncional, reduce la pérdida menstrual abundante, suprimiendo la ovulación y reduciendo la producción ovárica de 17-beta-estradiol, conduce a un estado transitorio de hipoestrogenismo e hiperandrogenismo produciendo atrofia endometrial y amenorrea en algunas mujeres, sería útil por ejemplo, en los casos de endometriosis. Sin embargo, debido a sus efectos adversos como son el aumento de peso, la piel grasa y el acné, se confinarían este fármaco a un uso eventual o sólo a corto plazo (Singh RH, 2005).

Los análogos de GnRH, los cuales son de administración intramuscular, subcutánea o mediante absorción intranasal, reducen la pérdida menstrual asociada a la hemorragia uterina disfuncional, suprimiendo de manera reversible la secreción de gonadotropinas, produciendo hipoestrogenismo. Serían útiles en caso de endometriosis, miomas uterinos, como pretratamiento antes de una resección histeroscópica e histerectomía. Su uso se limita a corto plazo, normalmente durante 6 meses, por el precio y sus efectos adversos (producen desmineralización ósea asociada a la supresión estrogénica) (Singh RH, 2005).

En las adolescentes con ciclos anovulatorios, es frecuente encontrarnos con oligomenorreas seguidas de metrorragias, siendo útil en estos casos el tratamiento con gestágenos durante 10 días cuando lleven 35 o más días sin menstruación, y una vez restaurada la menstruación, se tratará como una HUD.

En las mujeres en tratamiento con ACO es frecuente el spotting (hemorragia intermenstrual), en dichas pacientes, podríamos adoptar una actitud expectante y si no cede tras 3 ciclos de ACO, se puede aumentar la dosis de estrógeno del ACO (Muxi C, 2009).

En las metrorragias en portadoras de DIU usaremos antibrinolíticos (**ácido tranexámico** a dosis de 500-1.000 mg/6-8 horas durante sangrado). En el caso de que no cediera y hubiera repercusión analítica podríamos plantear la retirada del DIU.

Si el sangrado se ajusta a un patrón cíclico, se trata de sangrados no muy intensos con ciclos conservados, una vez se descarte patología orgánica y estas mujeres no presenten factores de riesgo de cáncer de endometrio podríamos tratar como HUD, con tratamiento hormonal del tipo de gestágenos: acetato de **medroxiprogesterona** o acetato de **noretisterona** a dosis de 10 mg/día o **progesterona** natural: 200-300 mg/día en la segunda mitad del ciclo, durante 10 días. Otra alternativa de tratamiento sería la implantación de un DIU liberador de **levonorgestrel** (Gallo FJ, 2008).

En las mujeres perimenopáusicas, debemos valorar la realización de una biopsia endometrial siempre que haya factores de riesgo de cáncer de endometrio, en caso contrario, plantearemos tratamiento médico con ácido tranexámico, AINES, ACO, combinados de estrógenos y gestágenos no anticonceptivos o DIU de levonorgestrel (Fox KE, 2012). Las mujeres postmenopáusicas precisan derivación a atención especializada para realización de pruebas complementarias del tipo de legrado/biopsia endometrial.

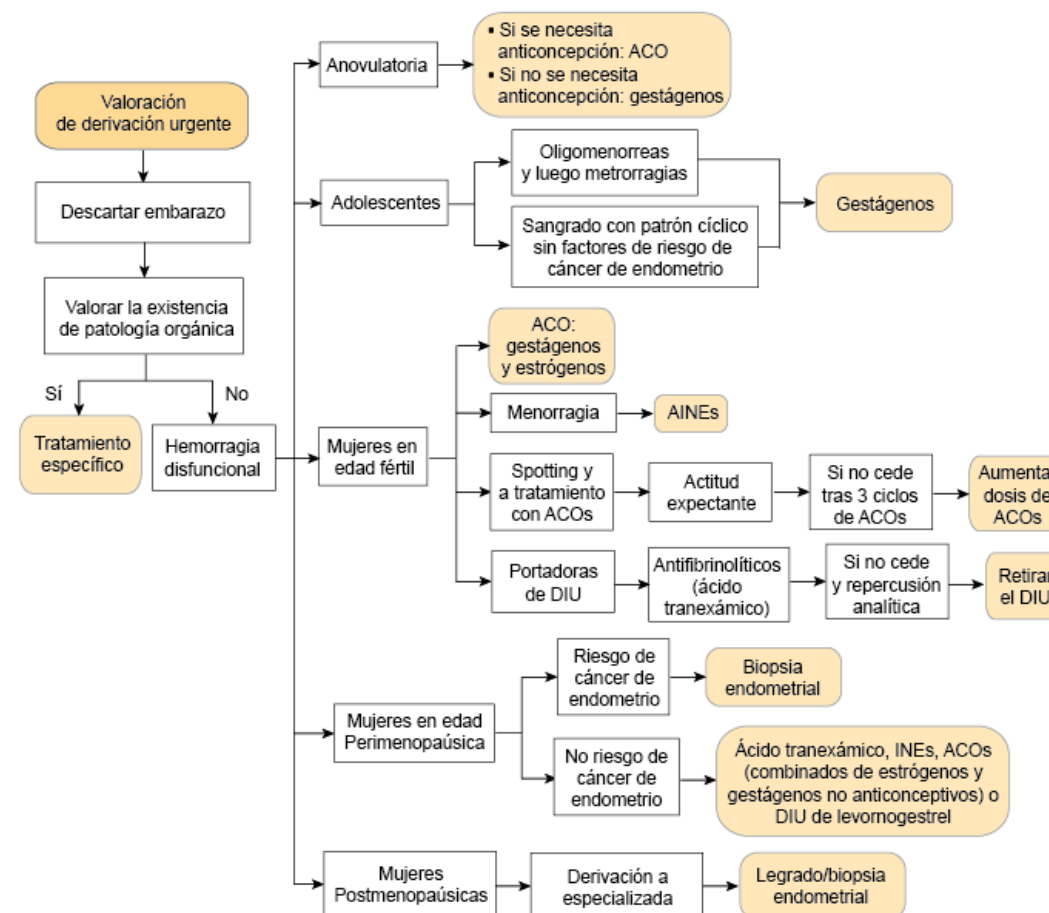


Figura 1. Algoritmo de actuación ante una metrorragia

¿Cuándo derivar?

En general, se recomienda la derivación ginecológica en las siguientes circunstancias (Gallo FJ, 2008):

- Hemorragias o metrorragias intensas (cualquiera que sea su causa) y con signos de afectación hemodinámica: hipotensión, taquicardia, hematocrito bajo. Deberán ser trasladados a URG.
- Metrorragia relacionada con la gestación y aquellas en las que se detecte causa orgánica conocida.
- Metrorragias que han sido tratadas como HUD y que tras tratamiento no hay mejoría.
- Metrorragia que aparezca en mujer postmenopáusica y en perimenopáusica cuando presente factores de riesgo de cáncer endometrial.
- Cuando nos encontremos con limitaciones para tratamiento de cualquier tipo.
- Siempre tener en cuenta los deseos de la paciente en cuanto a su deseo de ser valorada en atención especializada, una vez informada de las posibilidades de tratamiento en AP.

Bibliografía

- Bradley LD. Abnormal uterine bleeding. Nurse Pract. 2005;30(10):38-42, 45-9; quiz 50-1. PubMed [PMID: 16217420](#)
- Bradley LD. Diagnosis of abnormal uterine bleeding with biopsy or hysteroscopy. Menopause. 2011;18(4):425-33. doi: 10.1097/gme.0b013e31821255cc. PubMed [PMID: 21701428](#)
- Davidson BR, Dipiero CM, Govoni KD, Littleton SS, Neal JL. Abnormal uterine bleeding during the reproductive years. J Midwifery Womens Health. 2012;57(3):248-54. doi: 10.1111/j.1542-2011.2012.00178.x. PubMed [PMID: 22594864](#)
- Deligeoroglou E, Karountzos V, Creatsas G. Abnormal uterine bleeding and dysfunctional uterine bleeding in pediatric and adolescent gynecology. Gynecol Endocrinol. 2013;29(1):74-8. doi: 10.3109/09513590.2012.705384. PubMed [PMID: 22946701](#)
- Doubilet PM. Diagnosis of abnormal uterine bleeding with imaging. Menopause. 2011;18(4):421-4. doi: 10.1097/gme.0b013e3181fedfc0. PubMed [PMID: 21701427](#)
- Fox KE. Management of heavy menstrual bleeding in general practice. Curr Med Res Opin. 2012;28(9):1517-25. PubMed [PMID: 22834901](#)
- Fraser IS, Critchley HO, Broder M, Munro MG. The FIGO recommendations on terminologies and definitions for normal and abnormal uterine bleeding. Semin Reprod Med. 2011;29(5):383-90. doi: 10.1055/s-0031-1287662. PubMed [PMID: 22065325](#)
- Gallo FJ. Metrorragias. AMF. 2008;4(7):399-405.
- Jiménez Ubieto I, Zornoza A, Tarrio O. Sangrado de origen ginecológico. An Sist Sanit Navar. 2009;32 Suppl 1:39-48. PubMed [PMID: 19436337](#). [Texto completo](#)
- Maness DL, Reddy A, Harraway-Smith CL, Mitchell G, Givens V. How best to manage dysfunctional uterine bleeding. J Fam Pract. 2010;59(8):449-58. PubMed [PMID: 20714455](#)
- Marret H, Fauconnier A, Chabbert-Buffet N, Cravello L, Golfier F, Gondry J, et al.; CNGOF Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Clinical practice guidelines on menorrhagia: management of abnormal uterine bleeding before menopause. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2010;152(2):133-7. doi: 10.1016/j.ejogrb.2010.07.016. PubMed [PMID: 20688424](#)
- Montejo R, González MD, Muruzábal JC, Martínez J. Protocolo diagnóstico de la metrorragia. Medicina. 2002; 8(81):4372-4.
- Munro MG, Heikinheimo O, Haththotuwa R, Tank JD, Fraser IS. The need for investigations to elucidate causes and effects of abnormal uterine bleeding. Semin Reprod Med. 2011;29(5):410-22. doi: 10.1055/s-0031-1287665. PubMed [PMID: 22065327](#)
- Muxi C, Jorda B. Abordaje práctico de metrorragias. FMC. 2009;16(8):475-9.
- Pitkin J. Dysfunctional uterine bleeding. BMJ. 2007;334(7603):1110-1. PubMed [PMID: 17525454](#). [Texto completo](#)

- Singh RH, Blumenthal P. Hormonal management of abnormal uterine bleeding. Clin Obstet Gynecol. 2005;48(2):337-52. PubMed **PMID: 15805791**
- Sweet MG, Schmidt-Dalton TA, Weiss PM, Madsen KP. Evaluation and management of abnormal uterine bleeding in premenopausal women. Am Fam Physician. 2012;85(1):35-43. PubMed **PMID: 22230306. Texto completo**
- Tsai MC, Goldstein SR. Office diagnosis and management of abnormal uterine bleeding. Clin Obstet Gynecol. 2012;55(3):635-50. doi: 10.1097/GRF.0b013e31825d3cec PubMed **PMID: 22828096**

Más en la red

- Committee on Practice Bulletins-Gynecology. Practice bulletin no. 128: diagnosis of abnormal uterine bleeding in reproductive-aged women. Obstet Gynecol. 2012 Jul;120(1):197-206. PubMed **PMID: 22914421 Resumen NCG**
- Marret H, Fauconnier A, Chabbert-Buffet N, Cravello L, Golfier F, Gondry J,Agostini A, Bazot M, Brailly-Tabard S, Brun JL, De Raucourt E, Gervaise A, Gompel A, Graesslin O, Huchon C, Lucot JP, Plu-Bureau G, Roman H, Fernandez H; CNGOF Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Clinical practice guidelines on menorrhagia: management of abnormal uterine bleeding before menopause. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2010 Oct;152(2):133-7.
- Sweet MG, Schmidt-Dalton TA, Weiss PM, Madsen KP. Evaluation and management of abnormal uterine bleeding in premenopausal women. Am Fam Physician. 2012 Jan 1;85(1):35-43.

Autores

■ Ángeles Roca Varela	M. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (1)
■ Yaremy Morales Machado	M. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (2)
■ Gleybis Yaumara Troya Rodríguez	M. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (3)

(1) Área Sanitaria de Atención Primaria de A Coruña. Servicio Galego de Saúde. A Coruña.
(2) MC Mutual. Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social. Lugo y A Coruña.
(3) Centro de Salud de Granadilla (Tenerife).

Conflicto de intereses: No disponible.



Elsevier España S.L.U. © 2018. Todos los derechos reservados.

Esta web utiliza cookies. Para obtener mas información o denegar su uso, por favor visite la [Página de cookies](#).

[Términos y condiciones](#) - [Política de Privacidad](#) |

